



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

*ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE*

*ENFERMERÍA*



## **INFORME DE TESIS**

---

**“NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE  
SECTORIZACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, SEGÚN  
PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUÁNUCO-  
2014”.**

---

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**TESISTA:**

Bach. ACERO VALDEZ, Henry

**ASESORA:**

Lic. Enf. RUIZ AQUINO, Mely Meleni.

**HUÁNUCO - PERÚ**

**2016**

## **ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



---

### **“NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUÁNUCO-2014”**

---



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



DIRECTORA DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



**HACE CONSTAR:**

Que el Señor **Henry ACERO VALDEZ**, alumno egresado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de esta Casa Superior de Estudios, ha aprobado la sustentación de tesis, que se llevó a cabo el día 29 de Abril del 2016.

Se expide el presente documento a petición de la interesada para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 03 de Mayo del 2016



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

*[Signature]*  
**Lic. Enf. Amalia Letra Varo**  
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE ENFERMERÍA

c.c.: Archivo  
AVLY/lrc



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



## ACTA EXAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15 horas del día 29 del mes de abril del año dos mil dieciséis, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco, La Esperanza, de esta ciudad, los Miembros del Jurado Examinador, designados por Resolución N°538-2016-D-FCS-UDH de fecha 27 de abril del 2016, para proceder a la evaluación de la sustentación de Tesis Titulado: "NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUÁNUCO - 2014". Sustentado por el Bachiller en Enfermería Sr.: Henry ACERO VALDEZ, siendo integrado por los siguientes miembros:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • Mg. María Clelia Salcedo Zúñiga           | <b>Presidenta</b> |
| • Lic. Enf. Bertha Serna Román              | <b>Secretaria</b> |
| • Lic. Enf. Wilmer Teofanes Espinoza Torres | <b>Vocal</b>      |

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por unanimidad con el calificativo cualitativo: muy bueno en fe al cual se suscribe la presente.

Siendo las, 14.15' Horas, se dio por concluido el acto de Sustentación, firmando para constancia los miembros del Jurado evaluador.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIA

  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

### **Al Todopoderoso**

Por darme vida y fortaleza para seguir adelante a quien pido su bendición en mi vida personal y profesional.

### **A mis Padres:**

Abner Acero y Saturnina Valdez por su comprensión y ayuda en momentos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

### **A mis Hermanos**

Que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y momentos de ánimo así mismo ayudándome en lo que fuera posible, dándome consejos y orientación.

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mi profundo reconocimiento a las personas que hicieron posible esta investigación, en calidad de asesores, de informantes o de entrevistados(a). Todos y cada uno de ellos dedicaron su tiempo contribuyendo de esta manera con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Mi sincero agradecimiento.

### **A los Jueces y expertos que validaron los instrumentos de recolección de datos**

Quienes hicieron que los resultados sean válidos del presente estudio.

A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

### **A la Lic. Enf. Mely Ruiz Aquino.**

Asesora de la presente investigación; por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

### **A mis maestros.**

Por su gran apoyo, motivación y por compartir sus conocimientos durante mi formación profesional.

### **A mi hermano Simón**

Por brindarme su apoyo económico, por no bajar la guardia y permanecer ante el acuerdo por ayudarme a salir adelante durante mi formación profesional.

Gracias a todos!

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco. **Métodos:** fue un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; la población estuvo conformada por el personal de salud y los agentes comunitarios de 53 establecimientos de salud, seleccionados por un muestreo no probabilístico según criterio del investigador. Se aplicó una guía de entrevista sociodemográfica y la escala de aplicación de la estrategia de sectorización, validadas y fiabilizadas, previa consideración de los aspectos éticos como la aceptación del consentimiento informado. Se empleó la prueba  $\chi^2$  con bondad de ajuste para una variable, con un valor  $p < 0.05$ , apoyados en el SPSS v20. **Resultados:** el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, fue superior a un 50% de avance en la fase preparatoria, superior a un 70% en la fase inicial, superior a un 80% en la fase de implementación y superior a un 80% en la fase de seguimiento, monitoreo y evaluación según percepción de la muestra en estudio, **Conclusiones:** en el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización el personal de salud si aplicaron más de la mitad de la muestra en estudio igual que el Agente Comunitario de salud lo que significa un nivel alto en la aplicación de la estrategia de sectorización por lo que se aceptó las hipótesis de investigación, recomendándose que se fortalezca la estrategia de sectorización.

**Palabras clave:** Nivel de aplicación, estrategia de sectorización, promoción de la salud, actores sociales, Red de salud, cogestión con la comunidad.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the level of implementation of the zoning strategy in health promotion according to the perception of the social agents in the health centers of Red de Salud Huánuco. **Methods:** It was an observational, prospective, cross-sectional and descriptive study; the target population was composed of the health staff and the community workers of 53 health centers, chosen by a non-probabilistic sample at the researcher's discretion. After having been validated and declared reliable, a sociodemographic interview guide and an implementation scale of the zoning strategy were used; ethical aspects such as the informed consent were also considered prior to use. The chi-square test was used with an adjustable variable whose value is  $p < 0.05$ , data analyzed by using SPSS software, version 20.0. **Outcomes:** According to the perception of the sample being studied, the level of implementation of the zoning strategy in health promotion was higher than 50% in the preparatory phase; higher than 70% in the initial phase; higher than 80% in the implementation phase; and higher than 80% in the follow-up, monitoring and evaluation phase. **Conclusions:** Regarding the level of implementation of the zoning strategy, it was done by over half of the health staff considered in the sample of the study; the same result was obtained with the community health workers, which means a high level of implementation of the zoning strategy. Therefore, the research hypothesis was verified, and it is recommended to strengthen the zoning strategy.

**Key words:** *level of implementation, zoning strategy, health promotion, social agents, Red de Salud, co-management with the community.*



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la incorporación de reformas como la cogestión y participación ciudadana en los establecimientos del primer nivel de atención de salud, han introducido cambios significativos en el sistema de salud peruano que, en esencia, reconocen el derecho de las personas, familias, y comunidades más pobres del país a una atención integral, equitativa, y con garantías explícitas de calidad y oportunidad<sup>1</sup>.

La imprescindible importancia de lograr cambios en los comportamientos de las familias y comunidades es reconocida y promovida por el Ministerio de Salud a través de numerosas políticas y documentos técnicos aprobados en los últimos diez años que orientan las intervenciones del sector salud en el área de la Promoción de la Salud.<sup>2,3,4,5</sup> y a través de normas que rigen el funcionamiento de los servicios de salud en el primer nivel de atención para poder “abordar la salud de las personas, las familias y las comunidades de una manera integral”<sup>6,7</sup>.

El modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora -con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad. Además, es el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no percibidas por la población)<sup>8</sup>.

Una sistematización reciente del gobierno para disminuir la desnutrición crónica infantil es “mejorar las capacidades del personal de salud para promover prácticas y estilos de vida saludables en las familias” y “fortalecer la intervención a nivel comunitario, involucrando a las autoridades e instancias de organización (CODECOS, Juntas vecinales, ACS, etc.)<sup>9</sup>.

La Estrategia de Sectorización es un conjunto de procesos y acciones para la implementación del trabajo en salud extramural con la finalidad de articular al sector salud con las propias familias y comunidades, y los recursos locales disponibles, tanto públicos como privados, para el cambio de comportamientos de la persona, familias y comunidad a través de la prevención y promoción de la salud en la comunidad<sup>10</sup>.

En el documento técnico “Modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad”<sup>11</sup>, y en la “Guía de implementación del programa de familias y viviendas saludables”<sup>12</sup>, menciona que en la sectorización se debe asignar responsabilidad en un determinado sector o comunidad del ámbito jurisdiccional del establecimiento con la finalidad de vigilar la salud de la población, organizar el trabajo del personal de salud, de los agentes comunitarios de salud u otros actores sociales, y operativizar el sistema de vigilancia epidemiológica comunal a través de intervenciones preventivas, promocionales, y recuperativas, orientadas al individuo, familia, y comunidad.

En este contexto el presente estudio tuvo por objetivo identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de

la Red de Salud Huánuco en el 2014; el mismo que fue estructurado en cinco capítulos, tal como se describe a continuación:

En el capítulo I, se muestra el problema de investigación, que a su vez contiene la descripción, la formulación del problema (general y específicos), los objetivos (general y específicos), las hipótesis, la operacionalización de variables, la justificación (a nivel teórico, práctico y metodológico) y las limitaciones.

En el capítulo II, se establece el marco teórico, que contiene antecedentes de investigación, bases teóricas y conceptuales.

En el capítulo III, se detalla la metodología que lo integran tipo, nivel y diseño del estudio, población, muestra y muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validación de los instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

En el capítulo IV está constituido por el análisis de resultados que contiene los resultados descriptivos e inferenciales.

En el capítulo V se explican la discusión de los resultados.

Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

## LISTA DE ACRÓNIMOS

ACS	: Agente Comunitario de Salud
AIS	: Atención Integral de Salud
AIS-BFC	: Atención Integral de la Salud Basado en la Familia y la Comunidad
CODECO	: Comité de desarrollo comunal.
CS	: Centro de salud
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
JVC	: Junta vecinal comunal.
KR	: Kuder Richardson
MEF	: Mujeres en edad fértil
MAIS-BFC	: Modelo de atención integral en salud basado en la familia y la comunidad.
MINSA	: Ministerio de Salud
NV	: Nacidos vivos
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PTC	: Planes de desarrollo comunal.
PROMSA	: Promoción de la Salud
PS	: Puesto de salud
RN	: Recién nacido
SIS	: Seguro integral de salud.
UNAP	: Unidades de atención primaria

## INDICE DEL CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>1</b>
<b>1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	13
1.2.1. Problema general .....	13
1.2.2. Problemas específicos .....	13
1.3. Objetivos .....	13
1.3.1. Objetivo general.....	13
1.3.2. Objetivos específicos .....	14
1.4. Hipótesis.....	14
1.4.1. Hipótesis estadísticas.....	14
1.5. Variables .....	15
1.6. Operacionalización de las variables.....	16
1.7. Justificación e importancia.....	18
1.7.1. A nivel teórico .....	18
1.7.2. A nivel práctico.....	19
1.7.3. A nivel metodológico .....	19
1.8. Limitaciones.....	21
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>22</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1. Antecedentes de investigación .....	22
2.2. Bases teóricas que sustenta en el estudio .....	28
2.2.1. Teoría del logro de metas .....	28
2.2.2. Enfoque de territorialidad .....	28
2.2.3. Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario.	30
2.2.4. Modelo de promoción de la salud.....	31
2.3. Bases conceptuales: Estrategia de sectorización .....	32
2.3.1. Definición de promoción de la salud.....	32
2.3.2. Definiciones de la estrategia de sectorización. ....	32
2.3.3. Características de la estrategia de sectorización.....	35
2.3.4. Finalidad de la sectorización. ....	35
2.3.5. El proceso de la sectorización requiere:.....	37
2.4. Dimensiones del nivel de implementación de la sectorización .....	38
2.5. Definición de términos operacionales .....	56

<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>57</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>57</b>
3.1. Tipo de estudio .....	57
3.2. Nivel de investigación .....	58
3.3. Diseño del estudio .....	58
3.4. Población.....	59
3.4.2 . Ubicación de la población en espacio y tiempo .....	61
3.5. Muestra y muestreo .....	62
3.5.1 Unidad de análisis.....	62
3.5.2 Unidad de muestreo.....	62
3.5.3 Marco muestral .....	62
3.5.4 Tamaño de la muestra .....	62
3.5.5 Tipo de muestreo .....	62
3.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos .....	62
3.6.1 Métodos .....	62
3.6.2 Instrumentos de recolección de datos .....	62
3.7 Validación de los instrumentos de recolección de datos .....	64
3.8 Procedimientos de recolección de datos.....	72
3.9 Elaboración de los datos.....	74
3.10 Análisis de los datos .....	74
3.11 Aspectos éticos de la investigación .....	75
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>77</b>
<b>4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>77</b>
4.1 Resultados descriptivos.....	77
4.2 Resultados inferenciales .....	121
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>124</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>124</b>
Conclusiones .....	128
Recomendaciones .....	129
Referencias bibliográficas.....	131
Anexos .....	136

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b> Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna kuder Richardson (KR20) para el anexo 3	71
<b>Tabla 2</b> Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna kuder Richardson (KR20) anexo 4	72
<b>Tabla 3</b> Características demográficas de los actores sociales que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	77
<b>Tabla 4</b> Características sociales los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	80
<b>Tabla 5</b> Características sociales del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	83
<b>Tabla 6</b> Características Laborales del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	85
<b>Tabla 7</b> Características sociales de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	92
<b>Tabla 8</b> Datos informativos de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	95
<b>Tabla 9</b> Frecuencias de la fase preparatoria de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	101
<b>Tabla 10</b> Frecuencias de la fase inicial de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	103
<b>Tabla 11</b> Frecuencias de la fase de implementación de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de	105

	salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	
<b>Tabla 12</b>	Frecuencias de la fase de Seguimiento monitoreo y evaluación de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	107
<b>Tabla 13</b>	Fases de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	110
<b>Tabla 14</b>	Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	111
<b>Tabla 15</b>	Frecuencias de la fase inicial de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014	112
<b>Tabla 16</b>	Frecuencias de la fase de implementación de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	114
<b>Tabla 17</b>	Frecuencias de la fase de seguimiento de aplicación de la estrategia de sectorización de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	116
<b>Tabla 18</b>	Frecuencias de las fases de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	119
<b>Tabla 19</b>	Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción de los Agentes comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	119
<b>Tabla 20</b>	Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase preparatoria en la promoción de la salud, según percepción de la	121



muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.

<b>Tabla 21</b>	Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase inicial en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	122
<b>Tabla 22</b>	Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	122
<b>Tabla 23</b>	Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento, monitoreo y evaluación en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.	123

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b>	78
Representación gráfica de la edad de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 2</b>	79
Representación gráfica del género de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 3</b>	81
Proporciones del estado civil de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 4</b>	82
Representación gráfica de la religión de los actores sociales de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 5</b>	84
Representación gráfica del grado académico del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 6</b>	87
Representación gráfica de la profesión del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 7</b>	88
Representación gráfica del cargo que desempeña el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 8</b>	89
Representación gráfica del nivel de establecimiento de salud que labora el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 9</b>	90
Representación gráfica del tiempo de servicio en meses del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 10</b>	91
Representación gráfica del tiempo de sectorista en meses del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	
<b>Figura 11</b>	93
Representación gráfica de ocupación de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	

<b>Figura 12</b>	Representación gráfica del nivel de escolaridad de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	94
<b>Figura 13</b>	Representación gráfica de beneficiario de programa Qali warma por los Agentes Comunitarios de salud que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	97
<b>Figura 14</b>	Representación gráfica de beneficiario de programa Foncodes por los Agentes Comunitarios de salud que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	98
<b>Figura 15</b>	Representación gráfica del tiempo en la que participa en su comunidad los Agentes Comunitarios de salud en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	99
<b>Figura 16</b>	Representación gráfica de las familias a su cargo de los Agentes Comunitarios de salud en la sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	100
<b>Figura 17</b>	Representación gráfica de la fase preparatoria de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	102
<b>Figura 18</b>	Representación gráfica de la fase inicial de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	104
<b>Figura 19</b>	Representación gráfica de la fase de implementación de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	106
<b>Figura 20</b>	Representación gráfica de la fase de Seguimiento monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	109
<b>Figura 21</b>	Representación gráfica del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.	111
<b>Figura 22</b>	Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase inicial por los Agentes	113

Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.

- |                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| <b>Figura 23</b> | Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación por los Agentes Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.        | 115 |
| <b>Figura 24</b> | Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento por los Agentes Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.           | 118 |
| <b>Figura 25</b> | Representación gráfica del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el Agente comunitario de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014. | 120 |

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1</b> Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio	137
<b>Anexo 2</b> Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio	139
<b>Anexo 3</b> Escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el personal de salud	141
<b>Anexo 4</b> Escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el agente comunitario de salud	144
<b>Anexo 5</b> Instrumento codificado encuesta de las características sociodemográficas de la muestra en estudio	146
<b>Anexo 6</b> Instrumento codificado escala de aplicación de la estrategia de sectorización	149
<b>Anexo 7</b> Base de datos del anexo 1	153
<b>Anexo 8</b> Base de datos del anexo 2	154
<b>Anexo 9</b> Base de datos de la escala de aplicación de la estrategia de sectorización, para el personal de salud	156
<b>Anexo 10</b> Base de datos de la escala de aplicación de la estrategia de sectorización, para el Agente Comunitario de salud	158
<b>Anexo 11</b> Matriz de consistencia	159
<b>Anexo 12</b> Consentimiento informado	162
<b>Anexo 13</b> Estructura gráfica de la guía de entrevista de las características sociodemográficas para el personal de salud, de la Red de Salud Huánuco -2014.	163
<b>Anexo 14</b> Estructura gráfica de la guía de entrevista de las características sociodemográfica para el Agente Comunitario de Salud, de salud, de la Red de Salud Huánuco -2014.	164
<b>Anexo 15</b> Estructura de las actividades del personal de salud, de la Red de Salud Huánuco - 2014	165
<b>Anexo 16</b> Estructura de las actividades del Agente comunitario de salud, de la Red de Salud Huánuco – 2014	166

<b>Anexo 17</b>	Flujograma de procedimientos de recolección de datos a la muestra en estudio - 2014	167
<b>Anexo 18</b>	Oficio circular de validación de instrumentos de recolección de datos por juicio de expertos	168
<b>Anexo 19</b>	Hoja de instrucciones para la validación por jueces	169
<b>Anexo 20</b>	Constancias de validación (Validez Delfos o de jueces)	170
<b>Anexo 21</b>	Solicitud de autorización dirigido al Director de la Red de salud Huánuco	181
<b>Anexo 22</b>	Relacion de Establecimientos de Salud	182
<b>Anexo 23</b>	Autorización del Director ejecutivo de la Red de salud Huánuco	183
<b>Anexo 24</b>	Equipo de validación del instrumento de recolección de datos	184
<b>Anexo 25</b>	Portal fotográfico	185

## **CAPÍTULO I**

### **1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Descripción del problema**

En la actualidad el Ministerio de Salud (MINSA), a través de la estrategia de promoción de la salud, viene incorporando reformas como la cogestión y participación ciudadana en los establecimientos del primer nivel de atención y el aseguramiento en salud, esto según referencia de Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>13</sup>; también se viene introduciendo cambios significativos en el sistema de salud del Perú que, en esencia, reconocen el derecho de las personas, familias, y comunidades más pobres del país a una atención integral, equitativa, y con garantías explícitas de calidad y oportunidad. La tendencia en la política sanitaria actual es el reconocimiento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En este contexto, de reformas del sistema de salud, y en el marco de desarrollo de la promoción de la salud surgió una estrategia llamada sectorización de la jurisdicción del establecimiento de salud, el cual permite delimitar un determinado ámbito geográfico con la finalidad de vigilar la salud de la población, organizar el trabajo del personal de salud, de los agentes

comunitarios de salud u otros actores sociales, y operativizar el sistema de vigilancia epidemiológica comunal<sup>14</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>15</sup> la problemática de salud en los últimos años fue explicado de forma mucho más detallada el alcance de las diferencias existentes en cada país en cuanto a vulnerabilidad, acceso a la atención y resultados sanitarios.

El MINSA<sup>16</sup>, mediante Resolución Ministerial N°464-2011 señala que la sectorización surgió debido a las brechas considerables entre la población rural y los servicios de salud, por la inequidad en el acceso a los servicios de salud, por razones geográficas, económicas, culturales, administrativas, entre otras como el incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades prevalentes en las diferentes etapas de la vida.

Por otro lado, la Dirección Regional de Salud (DIRESA)<sup>17</sup> de Cajamarca indicó que a fines de la década de los ochenta la crisis económica y social del país, tuvo su efecto también en dicho departamento en donde se presentaron evidencias del colapso operativo de los servicios públicos de salud, la violencia político-social y el cambio administrativo de la regionalización llevaron al sector salud a un estado de precariedad y colapso que afectaba directamente a la población más pobre especialmente de las zonas rurales en la que tuvieron limitadas oportunidades de atención en promoción y prevención de las enfermedades. Donde se da énfasis al trabajo en la comunidad; el cual representa un elemento clave del trabajo extramural a través de la sectorización, en este espacio se encuentran comunidades, familias y personas las cuales después de haber aplicado el



enfoque de riesgo, permite calificarlas según su necesidad sanitaria, esta intervención permite un acercamiento entre los servicios y la comunidad disminuyendo la brecha.

La magnitud del presente estudio según la Organización Mundial de la Salud<sup>18</sup> (OMS) – 2013, cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada (por personal de salud) antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013. En el 2013 murieron 289,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres; aquí la importancia de la sectorización de otorgar el derecho a la equidad en salud.

Según el Encuesta Demográfica y de Salud familiar<sup>19</sup> (ENDES) en el 2014 en el Perú, el 96,9% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (Médico, Obstetra, Enfermera, Técnico en Enfermería, Sanitario o Promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,3%

encontrado en el año 2009. Con respecto a la falta de atención prenatal, solo el 1,5%(7703) de mujeres respondieron que “No recibió atención”. No obstante, el 4,9% de mujeres sin educación, 6,9% con seis o más hijos y 4,5% ubicadas en el quintil inferior de riqueza, muestran los porcentajes más altos de mujeres sin atención prenatal. Según ámbito geográfico, más mujeres fueron atendidas por médico en el área urbana (42,5%) que en la rural (18,7%). En cambio, la atención por obstetriz y enfermera es mayor en el área rural (59,5% y 13,7%, respectivamente). Por región natural, la atención por médico fue alta en Lima Metropolitana (50,0%) y Resto Costa (39,5%), a diferencia de la Selva (61,9%) y la Sierra (59,0%) que muestran mayores porcentajes de atención por obstetriz.

Asimismo, el porcentaje de recién nacidas o nacidos que fueron pesados aumentó de 89,6% en el año 2009 a 93,5% en el año 2014. Sin embargo, este comportamiento fue menos frecuente entre las madres sin educación (71,7%), con seis y más hijas e hijos (80,5 %), pertenecientes al quintil inferior de riqueza (81,3%), Según Departamento, el bajo peso al nacer fue más frecuente en Pasco (9,8%) y Apurímac (9,4%). Se ubicaron por debajo del promedio nacional los departamentos de Lambayeque (5,6%), La Libertad y Arequipa (5,5% en cada caso), Cusco (5,0%), Ucayali (4,7%), Madre de Dios (4,3%) y Lima (3,6%)<sup>20</sup>.

En nuestro País según ENDES<sup>21</sup> -2014, la desnutrición crónica afectó al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (23,8%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,3 puntos

porcentuales (15,7% en niños y 13,4% en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 9,7% y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 10,9%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (19,1%) y luego los porcentajes disminuyen. En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 16,0%, en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 14,7%, y en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (14,8%). El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 31,6%, 20,6 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (11,0%). La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (23,6% y 22,4%, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 y más meses presentaron menores porcentajes (9,8% y 13,0%, respectivamente). La desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres tenían IMC entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 19,5%, de madres con IMC menor a 18,5 fue 15,2% y de aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) fue 11,8%. La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45,1%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 4,9% con nivel superior y 11,4% con secundaria. Por tratamiento del agua, las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (25,8%), seguido de quienes hierven el

agua que proviene de otra fuente distinta a la red pública (24,2%), hervida que procede de red pública (14,2%), en comparación con los que consumen agua con cloro residual (6,5%). Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (34,0%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil (3,7% y 4,0%, respectivamente). Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (28,8%), es decir, 20,5 puntos porcentuales más que en el área urbana (8,3%)..

La Dirección Regional de Salud Cajamarca<sup>22</sup> publicó los indicadores de salud en el año 1992. Se afirma que 23 de cada 100 personas que necesitaban una atención la recibieron; 5 niños de cada 100 recibieron protección con la vacuna Difteria Pertusis Tétano y control mínimo de Crecimiento y Desarrollo; 7 de cada 100 gestantes reciben control prenatal y protección con 3 dosis de Toxoide Tetánico; 6 de cada 100 partos fueron atendidos institucionalmente; 3 de cada 100 mujeres accedieron a un método de planificación familiar seguro y eficaz; 6% de la población tenía acceso a medicamentos en los servicios de salud y en comunidades; 40 de cada 100 datos de estadística tenían errores en el registro o no estaban registrados; 63 de cada 100 niños en el primer grado de primaria tenían desnutrición crónica; 28 y 19 de cada 100 habitantes tenían agua potable y letrinas respectivamente, con una cobertura real de agua limpia en promedio de 18%; el tiempo de espera de los pacientes en establecimientos fue en promedio de 210 minutos; productividad de los trabajadores de salud estaba

en un promedio de 0,4 atenciones por hora. Progresivamente se han ido incorporando nuevos contingentes del cambio, especialmente en los servicios periféricos.

Según ENDES<sup>23</sup> en el 2014, en el Departamento de Huánuco respecto a la atención prenatal por parte del proveedor de salud calificado (Médico, Obstetra y Enfermera.), fue 98,9%, mientras las que no recibieron atención prenatal fue de 1,1 % del total de mujeres de 15 – 49 años de edad. Con respecto al peso y tamaño al nacer de nacidas y nacidos vivos según ámbito geográfico del Departamento; en la ENDES<sup>24</sup> 2014 se reportó que el peso al nacer fue 84,5 % con más de 2.5 kg, mientras que el 7,4% evidenció un peso menor a 2.5 kg. Con relación a la talla reportó 78,2 % presentó una talla promedio o mayor, en comparación con un 19,4 % que presentó una talla menor que promedio.

Así mismo ENDES<sup>25</sup> en el 2014, señaló que los problemas en el acceso a los servicios de salud cuando las mujeres están enfermas, según ámbito geográfico en el Departamento de Huánuco fueron: conseguir permiso para ir a tratamiento 13,9%, conseguir dinero para tratamiento 63,3%, distancia al establecimiento de salud 45,7%, tener que tomar transporte 44,2%, no quiere ir sola 36,5%, preocupación que no haya personal femenino 50,1%, pensar que puede no haber quien atienda 82,1%, pensar que no haya medicinas disponibles 86,8%.

ENDES<sup>26</sup> en el 2014 reportó las ocupaciones en mujeres en edad fértil según ámbito geográfico en el Departamento de Huánuco siendo las mayores proporciones [39,8%(409)], de mujeres que se dedican a

ocupaciones agrícolas se presentaron en el área rural, seguidas (29,2%), de las que trabajan en ocupaciones de ventas y servicios así como las ocupaciones de Profesional/técnico/gerente (12,2%), Servicio doméstico (10,3%), oficina (3,7%), manual calificado (3,5%), manual no calificado (1,1%).

También ENDES<sup>27</sup> en el 2014, notificó la desnutrición en niños menores de cinco años en el Departamento de Huánuco hallando como resultado niños y niñas con desnutrición crónica [24,8%(478)], Con desnutrición aguda (0,9%) y Con desnutrición global (4,3%); la mayoría de los casos de desnutrición se presentaron en el área rural, en niños con bajo peso y tamaño al nacer, con periodos intergenésicos cortos, niños cuyas madres tuvieron un IMC menor de 18,5 o sobre peso u obesidad (IMC mayor a 24,9), madres sin educación y por tratamiento de agua.

En el boletín epidemiológico en la SE 39 del 2015, se ha notificado 11 casos de neumonías en menores de 5 años. La tendencia acumulada al año 2015 evidencia que es superior en (2.5%) 21 casos en relación al año 2014 e inferior en (26.2%) 311 casos al año 2013. Siendo necesario continuar con el fortalecimiento de las medidas de promoción y prevención de las IRAS, en el entorno familiar, comunitario y de los servicios de salud debiendo este último asegurar la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento adecuado y de manera oportuna de los casos de neumonías con seguimiento estricto a los niños con desnutrición crónica. A la SE 39 (del 04 de enero al 03 de octubre del 2015) la distribución de casos de neumonías por grupos etarios muestra, que el 54.2% (475) casos corresponde a los

niños de 1 a 4 años, el 36.3% (318) a los niños de 2-11 meses y el 9.5% (83) a los menores de 2m. Al comparar la proporción de casos por grupos de edad con la ocurrencia de casos de infecciones respiratorias agudas, se observa que los niños pequeños menores de 2 meses hacen neumonía en un 9.5%, seguido del 36.3% de los niños de 2 a 11 meses y en menor proporción que las IRAS en el grupo de 1 a 4 años, es decir a menor edad mayor riesgo de complicación por neumonía.<sup>28</sup>

La DIRESA Huánuco<sup>29</sup> en el boletín epidemiológico hasta la semana epidemiológica SE 39 del 2015 (del 04 de enero al 03 de octubre del 2015), se han registrado 194 muertes perinatales equivalente a una tasa de mortalidad de 10 x por cada 1000, NV; 111 muertes fetales equivalente a una tasa de mortalidad fetal de 5 x cada 1000 NV. Superior en 1 (0,9%) respecto al año 2014, e inferior en 28 (20,1%) al año 2013, observándose una reducción importante de las defunciones fetales al periodo de análisis en el presente año respecto al año 2013, y con una tendencia casi similar respecto al año 2014, siendo importante que los EE.SS. notificantes realicen la notificación de este evento de manera oportuna, evitando el subregistro de las defunciones. Siendo las primeras causas de mortalidad fetal: Hipoxia intrauterina no especificada, muerte fetal de causa no especificada, Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo del parto, Feto y RN afectados por muerte materna, Hipoxia intrauterina notada por primera durante el trabajo del parto y el parto, siendo importante que al interior de los EE.SS. de la DIRESA se siga fortaleciendo la competencias del personal de salud a fin de mejorar la atención prenatal y consecuentemente contribuir a

la reducción de dicho evento. También se han notificado 83 muertes neonatales, cifra inferior en 1 (1.2%) y 11 (11.7%) casos en relación a los años 2014 y 2013. Entre las primeras causas de mortalidad neonatal está constituido por la inmaduridad extrema, sepsis bacteriana del RN no especificada, malformación congénita no especificada, asfixia del nacimiento no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del RN seguido de otros no menos importantes. Si se daría mayor énfasis a la sectorización se disminuiría la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud en la región Huánuco.

Adler, Stewart. Citado por la OMS<sup>30</sup>, refirieron que en la actualidad la magnitud de las inequidades en salud está documentada con mayor lujo de detalles; Son fruto de la estratificación social y de desigualdades políticas que caen fuera del radio de acción del sistema de salud. Los ingresos y la posición social tienen su peso, al igual que el barrio donde se vive, las condiciones de empleo y factores tales como el comportamiento personal, la raza y el estrés.

Según Hart citado por la OMS<sup>31</sup>, la causa de la atención primaria en la promoción de la salud fue la atención inversa. Las personas con más medios cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen.

Por su parte Starfield citado por la OMS<sup>32</sup> mencionó que la atención fragmentada y en proceso de fragmentación, se da por la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva



focalización de muchos programas de control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial

Por otro lado, Frías citado por la OMS<sup>33</sup>, manifestó que se da por una orientación inadecuada de la atención. La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de sectorización en prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad.

En los últimos años (2008) se ha descrito de forma mucho más detallada las diferencias existentes en cada país en cuanto a vulnerabilidad, acceso a la atención, la equidad, la profunda desigualdad de oportunidades para acceder a la atención de salud, lo que constituye una de las causas más destacadas de la sectorización y la atención primaria de salud<sup>34</sup>.

Walsh, Warren citado por La OMS<sup>35</sup>, mencionaron que mientras que en las ciudades la salud suele girar en torno a los hospitales, en el medio rural los pobres se enfrentan cada vez con mayor frecuencia a la progresiva fragmentación de sus servicios de salud, las pocas atenciones extramurales, la falta de coordinación y organización comunal para la salud hicieron de que los enfoques «selectivos» o «verticalistas» se centran en programas y proyectos de lucha contra enfermedades concretas. Esos enfoques, considerados en un principio una estrategia provisional para lograr resultados sanitarios equitativos, surgieron a raíz de la preocupación por la lenta expansión del acceso a la atención de salud ocasionando la sobre

mortalidad y sobre morbilidad graves y persistentes, remediabiles con intervenciones costo eficaces.

Según la Guía de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, citado por Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>36</sup>, señalaron que todos los establecimientos del primer nivel de atención deben aplicar las normas que rigen el funcionamiento de la sectorización en salud para poder abordar la salud de las personas, las familias y las comunidades de una manera integral.

De igual manera este documento permite “mejorar el nivel de salud de la población y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud”<sup>37</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) citado por el MINSA de Perú refiere que la atención integral e integrada y la estrategia de sectorización a través de los actores sociales deben estar motivadas, ser eficientes para lograr responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa; cuyo efecto sobre la salud se refleja en los resultados medidos a través de los indicadores de salud<sup>38</sup>.

En base a la problemática expuesta, se desarrolló esta investigación, con el objetivo de identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de Establecimientos de la Red de Salud Huánuco durante el año 2014, de tal manera que se logra describir la naturaleza de la aplicación de la estrategia de sectorización

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco durante el 2014?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de aplicación la estrategia de sectorización en promoción de la salud en la fase preparatoria según los actores sociales en estudio?
- ¿Cuál es el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud en la fase inicial según los actores sociales en estudio?
- ¿Los actores sociales en estudio, vienen aplicando la estrategia de sectorización en Promoción de la salud en la fase de implementación?
- ¿Los actores sociales en estudio, realizan seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud en la fase preparatoria según percepción de la muestra en estudio.
- Valorar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud en la fase inicial según percepción de la muestra en estudio.
- Identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud en la fase de implementación.
- Valorar la realización del seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud.

### **1.4. Hipótesis**

#### **1.4.1. Hipótesis estadísticas**

**Ho<sub>1</sub>:** El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud, es inferior a un 50% de avance en la fase preparatoria según percepción de los actores sociales de Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014.

**Ha<sub>1</sub>:** El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud, es superior a un 50% de avance en la fase preparatoria según percepción de los actores sociales de establecimientos de salud de la Red de salud Huánuco en el 2014.

**Ho<sub>2</sub>:** El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud es inferior a un 70% de avance en la fase inicial según la muestra en estudio.

**Ha<sub>2</sub>:** El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en Promoción de la salud es superior a un 70% de avance en la fase inicial según la muestra en estudio.

**Ho<sub>3</sub>:** La muestra en estudio aplica inferior a un 80% de avance la estrategia de sectorización en Promoción de la salud en la fase de implementación.

**Ha<sub>3</sub>:** La muestra en estudio aplica superior a un 80% de avance la estrategia de sectorización en Promoción de la salud en la fase de implementación.

**Ho<sub>4</sub>:** La muestra en estudio, realiza seguimiento, monitoreo y evaluación inferior a un 80% de avance de la estrategia de sectorización en promoción de la salud.

**Ha<sub>4</sub>:** La muestra en estudio, realiza seguimiento, monitoreo y evaluación superior a un 80% de avance de la estrategia de sectorización en promoción de la salud.

## **1.5 Variables**

### **Variable principal**

Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de salud.

### **Variable de caracterización del personal de salud**

Características demográficas

Características sociales

Características laborales

## Variable de caracterización del Agente comunitario de salud

Características demográficas

Características sociales

Datos informativos

### 1.6 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE PRINCIPAL</b>				
Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de salud	Nivel de Aplicación	categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal politómica
	Fase preparatoria	categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal Politomica
	Fase inicial	categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal Politomica
	Fase de implementación	categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal Politomica
	Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación	categorico	Alto Medio Bajo	Ordinal Politomica
<b>VARIABLE DE CARACTERIZACION DEL PERSONAL DE SALUD</b>				
Características demográficas	Edad	Numérica	en años	razón
	genero	Categorico	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Características sociales	Estado civil	Categorico	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)	Nominal politomica
	Religión	Categorico	Católico(a) Evangélico(a) Otro	Nominal politomica
	Grado académico	Categorico	Licenciado(a) Especialista Magister Doctor (a) Ninguno	Ordinal politomica
Características laborales	Profesión	Categorico	Medico Enfermera Obstetra Técnico de Enfermería	Nominal Politomica
	Cargo que desempeña	Categorico	Jefe del Establecimiento Encargado de PROMSA Asistencial	Nominal Politómica

	Lugar de trabajo	Categorico	Puesto de salud Centro de salud	Nominal dicotomica
	Nivel de establecimiento que labora	Categorico	I-1 I-2 I-3 I-4	ordinal Politomica
	Tiempo de servicio	Numérica	En años	razón
	Tiempo como sectorista	Numérica	En años Meses	razón
<b>VARIABLE DE CARACTERIZACION DEL AGENTE COMUNITARIO</b>				
Características demográficas	Edad	Numérica	En años	Razón
	genero	Categorico	Masculino Femenino	Nominal dicotomica
	ocupación	Categorico	Agricultura Ganadería Comercio Otro	Nominal politomica
Características sociales	Estado civil	Categorico	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)	Nominal politomica
	Religión	Categorico	Católico(a) Evangélico(a) Otro	Nominal politomica
	Nivel de escolaridad	Categorico	Sin estudios Primaria Secundaria Técnico(a) Superior universitario	Ordinal Politomica
	exonerado de faenas comunales	Categorico	Si No	Nominal dicotomica
Datos informativos	Beneficio social	Categorico	Si No	Nominal dicotomica
	Programa social	Categorico	Juntos Pensión 65 Cuna más Qali warma Foncodes Vaso de leche Alimentos para tuberculosos	Nominal politomica
	Asegurado	Categorico	Si No	Nominal Dicotomica
	Acreditado	Categorico	Si No	Nominal Dicotomica
	Tiempo que participa en la comunidad	Numérica	En años Meses	Razón

## **1.7 Justificación e importancia**

### **1.7.1. A nivel teórico**

En la actualidad la estrategia de sectorización en cogestión con la comunidad en el marco de la promoción de la salud sirve para prevenir, controlar y monitorizar los factores de riesgos existentes en la comunidad y tener un acceso oportuno a la salud. La presente investigación se justifica porque permitirá identificar y tomar decisiones en atención integral, equitativo, y sostenible de la población, la mejora y cambios en los estilos de vida<sup>39</sup>.

Por lo tanto sin prevención y promoción de la salud, ocurrirá un aumento en la incidencia de enfermedades prevenibles como: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, dislipidemia. etc. Provocando que tanto el recurso físico, como humano sea insuficiente para brindar la atención oportuna y de calidad a la población con la consecuente insatisfacción de los usuarios<sup>40</sup>.

Del mismo modo, no existen estudios, ni antecedentes de sectorización por lo tanto esta investigación se constituirá en un antecedente base para futuras investigaciones. En consecuencia la presente investigación servirá de información válida en la atención integral con enfoque en la salud familiar y comunitaria beneficiando a todo el universo de la población. Asimismo, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados por los establecimientos de salud del primer nivel de atención poniendo énfasis en la salud familiar y comunitaria.



### **1.7.2. A nivel práctico**

Esta investigación, corresponde al área de investigación de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y a la línea de investigación salud colectiva y la atención primaria de salud; como profesionales de Enfermería nos compete los cuidados principalmente en el periodo pre- patogénico centrando nuestra atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, la estrategia de sectorización permitirá organizar la comunidad, monitorizar permanentemente la población a través de los agentes comunitarios, tener identificados los factores de riesgos a través de registros y mapas; para tener un mejor control sobre las mismas.

Para la carrera de Enfermería el presente estudio ayudará a organizar, monitorear y prevenir la salud con un enfoque en el periodo pre patogénico con énfasis en la persona, familia y comunidad.

### **1.7.3. A nivel metodológico**

La sectorización se introduce en la comunidad mejora la calidad de los servicios de salud al fomentar un cambio en las actitudes del personal de salud hacia los pobladores y su apreciación del impacto de trabajo comunitario y la administración de los establecimientos para reforzar los servicios del Ministerio de Salud para la comunidad y enfocar estos servicios en la promoción de salud y prácticas de prevención. A nivel de la comunidad contribuye a la capacitación y apoyo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a través del desarrollo de módulos de capacitación y materiales educativos como rotafolios para el uso de los establecimientos de salud y los

ACS. De esta manera pueden monitorear a las familias de alto riesgo, resultando mejoras en las prácticas de salud en las familias objetivas.

La atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria está basada en modelos de atenciones integrales en salud, válidas y confiables. Así mismo, este estudio servirá de base para muchas investigaciones de mayor tamaño de muestra con diseños más complejos para la promoción y prevención de la salud de la persona familia y comunidad; también servirá para ser aplicados dentro del ámbito nacional así como internacional de acuerdo a su realidad local. Los instrumentos de recolección de datos fueron validados y son confiables ya que servirán para ser aplicados por otros investigadores.

### **Viabilidad.**

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos fueron solventados por el investigador en términos y precios reales de acuerdo con los rubros establecidos.

Respecto a los recursos humanos, se obtuvo del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: investigador, asesor, coordinadores, recolección de datos, codificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos para guiarnos en todo el proceso de la investigación. Se solicitó el apoyo de expertos en promoción de la salud, en salud pública y en salud familiar y comunitaria. También se contó con un buen número de personal de salud encargados de la sectorización y personal de apoyo como los Agentes comunitarios, de los establecimientos de la Red de salud Huánuco.

## **1.8 Limitaciones**

Las limitaciones en el presente estudio fueron: accesibilidad a los Establecimientos de salud, ubicación a la muestra en estudio, las situaciones climatológicas, los costos y el tiempo en la recolección de datos. Para lo cual se tomaron todas las medidas para evitar alguna omisión en la recolección de datos.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de investigación**

##### **Antecedentes Internacionales**

En Costa Rica 2012, Acuña, Cortes<sup>41</sup> desarrollaron un estudio de campo en el área de salud de Esparza, de naturaleza descriptivo transversal que determina la situación del sujeto de estudio, titulado “Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza”, con el objetivo de promover un estilo de vida saludable la metodología utilizada en el presente estudio es la descripción de fenómenos detallando las características de un objeto de estudio en este caso, dirigida a caracterizar los estilos de vida tomando en consideración aquellos que constituyen factores de riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad. Obtuvieron como resultado del cuestionario que el 70,6% del total de la población no padecen de ninguna enfermedad, por lo que demuestra que es el momento oportuno para instaurar programas de promoción y prevención sobre todo en áreas rurales, en relación a la consulta preventiva más del 60 % de la población asiste a control médico, realización de laboratorios y registro de presiones arteriales.

Este antecedente tiene relación con el estudio puesto que aborda la temática de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en zonas rurales.

En República Dominicana 2008, Suazo, Rivas, Álvarez, Martínez<sup>42</sup>, elaboraron el “Manual de Sectorización / Zonificación de las Unidades de Atención Primaria”, con el objetivo de proveer a los equipos técnicos regionales, de las áreas de salud, coordinadores de zona y a los miembros del equipo de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), informaciones y herramientas que le faciliten realizar el proceso de sectorización / zonificación. Tuvo como finalidad alcanzar y hacer valer este principio una de las herramientas que se propone es la sectorización/zonificación del territorio. Este proceso consistió en conformar espacios geográficos poblacionales llamados sector y zona de salud cada sector o zona de salud conformada tiene un número determinado de población al que se le asigna uno o varios equipos de salud llamado unidad de atención primaria para su cuidado y seguimiento de su salud. Este antecedente de investigación tiene similitud con el estudio puesto que aborda la sectorización en la atención primaria de salud.

En México 2003, Buenrostro<sup>43</sup>, realizó un estudio sobre, “sectorización de las rutas de recolección de los residuos sólidos de la ciudad de Morelia, Michoacán”, cuyo objetivo fue dividir la ciudad en 10 sectores equitativos en cuanto al número de viviendas y de habitantes para reordenar el servicio de recolección y evitar conflictos entre las asociaciones de recolectores que operan en la ciudad de Morelia, Michoacán, así como ubicar sitios

adecuados para la construcción de estaciones de transferencia de residuos sólidos. La metodología utilizada en la primera fase del estudio consistió en analizar el sistema de recolección actual, a fin de realizar un diagnóstico, posteriormente realizaron un estudio de tiempos y movimientos del servicio de recolección para determinar el tiempo promedio que invierte cada concesionario en cubrir una ruta de servicio. Para ello seleccionaron al azar 10 unidades de cada una de las 10 asociaciones que brindan el servicio de recolección en Morelia. Posteriormente acompañó a las unidades seleccionadas en su ruta de recolección y se aplicó una encuesta en la que se registraron los siguientes parámetros: fecha de muestreo, número de unidad y nombre de la asociación, marca y modelo de la unidad, hora de inicio y término de la ruta, tiempo de traslado al tiradero, peso de la unidad vacía y llena con residuos, tiempo de vaciado de los residuos y tiempo dentro del tiradero, número de viajes por día, cambio de las rutas por el recolector, número de viviendas y negocios atendidos por ruta, número de días laborados a la semana por el recolector y el ingreso promedio por día, posteriormente analizó la distribución del uso del suelo de la ciudad de Morelia y de sus alrededores, para lo cual usó técnicas de percepción remota, específicamente fotointerpretación monoscópica en pantalla de un ortofotomosaico digital con una escala aproximada de 1:10,000 del año 2000, con una resolución espacial de 0.5 m. La interpretación correspondió a la distribución de rasgos geográficos correspondientes al año 2003. Este antecedente tiene proximidad con el estudio puesto que aborda aspectos de la sectorización.

## **Antecedentes Nacionales**

En el Perú 2011 el MINSA<sup>44</sup> mediante Resolución Ministerial N°464-2011 se aprobó el documento técnico “modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad”. Cuyo objetivo fue mejorar el nivel de salud de la población del país y la equidad en el acceso a la atención Integral de salud. El nuevo modelo de atención, de carácter integral; familiar y comunitario. Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en la atención integral de las familias, priorizando las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, preocupándose de las necesidades de salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Este antecedente de investigación tiene semejanza, con el estudio que se está elaborando, puesto que contiene aspectos importantes de la atención integral en la familia y comunidad.

En el Perú. 2011, el MINSA<sup>45</sup>, elaboró un documento técnico: “modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad”. Que tiene como objetivo mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención Integral de salud. El presente documento técnico es de aplicación en todo el territorio nacional, en las instancias relacionadas con la salud de los gobiernos regionales y gobiernos locales y en los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos. En conclusión el presente documento actualiza los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios

en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad. Para cumplir con estos propósitos, es pertinente articular los esfuerzos, recursos y capacidades con la comunidad y la sociedad civil organizada, armonizar y asegurar el financiamiento interno y externo, equitativo y sostenible, en pro de la atención primaria de la salud; así como un sólido marco regulatorio, que le aseguren legalidad y legitimidad, elementos claves para su implementación y sostenibilidad en el tiempo. Este antecedente de investigación es el más específico, en relación al estudio que se viene investigando relacionados con los aspectos de la sectorización, en atención integral con enfoque de salud familiar y comunitaria.

En Cajamarca 1993 - 1997, la dirección regional de salud Cajamarca<sup>46</sup>, elaboró el manual: “modelo de atención en salud”, cuyo objetivo fue propiciar el acercamiento de los servicios de salud con el sistema comunal mediante la relación horizontal entre el personal de los establecimientos de salud, los agentes comunitarios de salud y la misma población, disminuyendo las brechas existentes. Al implementar el nuevo modelo de atención en salud debemos esperar obtener resultados de diverso tipo pero que deben expresarse tanto en la acción del centro, como en la población y los trabajadores a continuación se presentan los principales resultados esperados: Mejorar de las coberturas, la atención de calidad, la oferta de los servicios y de trabajadores de salud. Este antecedente de investigación tiene similitud, con el estudio, puesto que



aborda aspectos de la sectorización; como la relación horizontal entre el personal de salud y la comunidad.

### **Antecedente local**

Huánuco, 2012, Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>47</sup>, elaboraron la “Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”. El objetivo principal del presente documento fue la delineación de procesos, y la identificación de roles y responsabilidades para la implementación de la sectorización. Asimismo, para proporcionar materiales y formatos validados que guía y facilite el desempeño de los roles y responsabilidades. Esta Guía metodológica de la estrategia de sectorización reconoce que para la operativización, cada trabajador de salud del primer nivel de atención (sectorista) se le debe asignar la responsabilidad de la entrega de un paquete básico de atención integral compuesto por intervenciones preventivas, promocionales, y recuperativas, orientadas al individuo, familia, y comunidad en un determinado sector o comunidad del ámbito jurisdiccional del establecimiento, con la participación de los agentes comunitarios de salud o mujeres líderes.

Este antecedente de investigación sirvió para la construcción del presente estudio.

## **2.2 Bases teóricas que sustenta en el estudio**

### **2.2.1 Teoría del logro de metas**

Esta teoría representa una expansión de las ideas originales de Imogene King que incorporó el concepto de Enfermería y el paciente intercambiando información, estableciendo metas y actuando conjuntamente para alcanzar esas metas. Describe una situación de en qué dos personas desconocidas se encuentran en una organización sanitaria para ayudar o ser ayudado y mantener su estado de salud. Se apoyó en conceptos de sistemas personales e interpersonales, entre ellos: interacción, percepción, comunicación, rol de transacción, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio.

En la presente investigación la teoría del logro de metas beneficiará a la sociedad recibiendo conocimientos y orientación directa del personal de salud. En lo que concierne al presente estudio es semejante a lo que se viene abordando y su aporte beneficiará en la aplicación de intercambio de información entre la comunidad y el personal de salud, logrando metas como el acceso a los servicios de salud, teniendo como nexo al Agente Comunitario.

### **2.2.2 Enfoque de territorialidad**

Según el Informe sobre desarrollo humano del Perú en el año 2009 citado por el MINSA Perú<sup>48</sup>, de acuerdo con el enfoque de territorialidad, el territorio no solo es concebido como un espacio físico y geográfico, sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medioambiente, las

formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural. A este concepto se le agrega la visión de cuencas que son principalmente escenarios para la vida, además de permitir el acceso al agua y a los recursos naturales del territorio, condiciona las posibilidades de comunicación en el espacio físico y los patrones de distribución de la población en el territorio.

También, en el decreto supremo N° 047-2009-PCM, se estableció que el proceso de reforma del estado busca mejorar el servicio al ciudadano, reconocer que el Perú es un estado unitario y descentralizado, en el que existen tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, donde cada nivel cumple un rol en cada área o materia de acción estatal<sup>49</sup>.

Según la Ley N° 27795, “Ley de Demarcación y Organización Territorial”, el enfoque territorial reconoce las circunscripciones político-administrativas: departamentos, provincias y distritos, que de acuerdo con su nivel determinan el ámbito territorial de gobierno y administración. Cada una cuenta con una población caracterizada por su identidad histórico-cultural y un ámbito geográfico determinado, con soporte de sus relaciones sociales, económicas y administrativas<sup>50</sup>.

Asimismo, el MINSA Perú<sup>51</sup>, a través documento técnico manifiesta que el territorio debe ser visto como el espacio de construcción social, en el cual debe primar el objetivo del desarrollo humano, pero con un enfoque multidimensional, y con participación del estado, los actores sociales y políticos y la ciudadanía; particularmente en el Perú el territorio es el espacio de articulación entre el medio urbano y el rural, con las diferentes

características geográficas y climatológicas, y su influencia en la conducta de la población residente que se manifiesta en uso, costumbres y creencias que determinan la conducta individual, familiar y grupal ante la salud y su cuidado.

Además el abordaje de la salud, según el Documento técnico del Ministerio de Salud<sup>52</sup> el Perú tradicionalmente se ha visto como la intervención de una autoridad sanitaria en un ámbito jurisdiccional es utilizada para designar el área geográfica de ejercicio de las atribuciones y facultades de una autoridad de salud sobre las materias que se encuentran dentro de su competencia. Por lo antes expuesto, el “ámbito de intervención” de una autoridad sanitaria debe ser denominado como ámbito geosociosanitario.

Este enfoque de territorialidad aporta a la sociedad beneficiándoles de los servicios de salud oportunamente dentro de su ámbito geográfico. Así mismo se relaciona con el estudio puesto que ayudará a mantener vigilados la salud en un determinado área geográfica de la población, previniendo las enfermedades.

### **2.2.3 Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario.**

El modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas. Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis

está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud<sup>53</sup>.

El aporte de este enfoque ayudará a comprender y atender a la familia y comunidad desde las distintas esferas de la salud, principalmente en el periodo pre patogénico brindándoles el acceso a la atención oportuna en salud.

#### **2.2.4 Modelo de promoción de la salud**

Fue apoyado por Nola Pender, citado por Shakraida<sup>54</sup> quien refirió que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Este modelo da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud, el modelo de promoción de la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr y que daría origen posteriormente al modelo de promoción de la salud.

En relación al presente estudio, el modelo de promoción de la salud beneficiará a la sociedad a través de los cambios de conducta y comportamientos en estilos de vida saludable; También se relaciona con el estudio porque con la estrategia de sectorización se da énfasis a la

promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de la persona, familia y comunidad.

## **2.3 Bases conceptuales: Estrategia de sectorización**

### **2.3.1 Definición de promoción de la salud**

La promoción de la salud fue definida en la Carta de Ottawa como el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma<sup>55</sup>.

### **2.3.2 Definiciones de la estrategia de sectorización.**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>56</sup>, refirieron que la sectorización es una estrategia y un proceso. Una estrategia para la implementación del modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad que tiene como finalidades: articular la red descentralizada de servicios de salud a la comunidad organizada y a otras instituciones públicas y privadas que desarrollan intervenciones localmente; complementar recursos mediante una acción colaborativa que permita el desarrollo integral, equitativo, y sostenible de la población; y la mejora de su calidad de vida mediante cambios sociales. Un proceso mediante el cual se determina unidades o sectores en los cuales se subdivide el territorio; se identifica a la población que habita en cada uno de ellos y se obtiene una descripción. Incluye además los pasos administrativos internos para implementar el trabajo extramural (organización del equipo, ordenamiento

físico del establecimiento, implementación de fichas y tarjeteros, designación de los equipos de sectoristas y sus funciones, etc.).

La Dirección Regional de Salud Cajamarca<sup>57</sup> en un Manual: Modelo de atención en salud manifestó que una forma de actuar sobre los ámbitos es la sectorización de la jurisdicción en relación a la accesibilidad. La sectorización consiste en dividir el espacio geo-social de responsabilidad en zonas o sectores, con la finalidad de conocerlos mejor y asignar responsabilidad a personal o equipos de los servicios de salud como agentes comunitarios finalmente a instituciones, esta sectorización puede ser: urbana o rural. Puede haber una sectorización basada en la distancia de las comunidades al establecimiento, las zonas cercanas, intermedias y lejanas tendrán estrategias de intervención diferentes.

Por su parte Suazo, Rivas, Álvarez<sup>58</sup> refirieron que la sectorización agrupa población en sectores bien definidos que permiten cumplir con uno de los principios fundamentales del sistema nacional de salud, explicitado en la Ley general de salud (42-01), el de ser equitativos en la distribución de recursos de forma tal que se vayan disminuyendo las diferencias de la actualidad.

#### **2.3.2.1. Sectorización**

La sectorización es una estrategia que permite la implementación del modelo de atención integral de salud en el primer nivel de atención; por tanto, es una estrategia de trabajo para todo el personal de los centros y puestos de salud<sup>59</sup>.

Así mismo la Dirección de Salud V de Lima<sup>60</sup> describió que es un instrumento de organización para la atención primaria de salud de una población que consiste en delimitar territorialmente y organizar la jurisdicción del establecimiento de salud en SECTORES y asignar responsables llamados SECTORISTAS.

#### **2.3.2.2. Sector**

Es la jurisdicción o ámbito de influencia del establecimiento de salud está compuesto por unidades geo-poblacionales, históricamente delimitadas, y cuya comunidad ha desarrollado algún nivel de organización (directiva) e identidad. Estos espacios de trabajo: asentamientos humanos, comunidades campesinas, barrios, caseríos, etc. son los sectores. No son sectores los segmentos territoriales delimitados arbitrariamente por el personal de salud<sup>61</sup>.

Por otra parte la Dirección de Salud V de Lima<sup>62</sup> en su guía para la implementación de la sectorización definió al sector como un segmento de jurisdicción territorial de los establecimientos de salud que agrupa, según criterios establecidos, un número determinado de familias. Representa la Unidad de planificación, gestión y análisis del establecimiento de salud.

#### **2.3.2.3. Sectorista**

Es el personal de salud responsable del sector asignado, el cual articula la atención integral de la familia y comunidad con los diferentes actores de salud (ACS, personal de salud) en un trabajo extramural<sup>63</sup>.



#### **2.3.2.4. Agente comunitario de salud (ACS)**

Es la persona voluntaria, con espíritu de servicio elegido por su comunidad que asume la responsabilidad de vigilar el sector identificando necesidades y problemas de salud. El ACS brinda atención de salud preventiva promocional educando a las personas y familias de la comunidad<sup>64</sup>.

#### **2.3.3 Características de la estrategia de sectorización**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>65</sup> describen que durante el proceso de sectorización se planifican las intervenciones recuperativas, preventivas, y promocionales que realizará el equipo sectorista con la comunidad organizada (autoridades, agentes comunitarios de salud, mujeres líderes, organizaciones sociales de base, etc.); asimismo, para la implementación de las actividades en la comunidad, consta la necesidad de contar con un conjunto de instrumentos y formatos que facilitan el trabajo de vigilancia y monitoreo de la salud en el hogar, para la referencia de casos desde la comunidad al establecimiento de salud, y la educación a madres y familias para el cambio de comportamientos claves que conducen a un mejor nivel de salud de la población.

#### **2.3.4 Finalidad de la sectorización.**

El centro de salud Las Moras<sup>66</sup> en la guía metodológica de sectorización para el primer nivel de atención, mencionó las finalidades de la sectorización como los siguientes:

- Tener una visión integral del ámbito de trabajo, para prevenir y abordar los problemas de la población.
- Organizar mejor las actividades a nivel del Establecimiento de salud y nivel comunitario.
- Identificar los principales actores sociales generando un mayor acercamiento y coordinación con ellos para el abordaje de los problemas.
- Identificar a los grupos vulnerables e intervenir de acuerdo a los paquetes de atención integral de salud (AIS).
- Desarrollar una mejor vigilancia epidemiológica del ámbito sectorizado (identificación, captación, seguimiento, educación y control de casos a nivel familiar), permitiendo además el monitoreo de las intervenciones a los grupos de riesgo a través de fichas de seguimiento (inmunizaciones, control del crecimiento y desarrollo, controles prenatales, etc. De los menores de tres años, gestantes y mujeres en edad fértil (MEF).
- Identificación de casos por parte de los ACS y su referencia adecuada al establecimiento de salud.
- Vigilar la ocurrencia de hechos vitales en los sectores (nacimientos, defunciones).
- Prevenir situaciones que pongan en riesgo la salud de la comunidad.
- Facilitar el trabajo en equipo.
- Optimizar el uso de recursos, financieros, logísticos y humanos

- Identificar y diferenciar las necesidades de las comunidades del ámbito, optimizando las estrategias de trabajo a través del plan de trabajo comunal.
- Fomenta la interrelación y la corresponsabilidad entre los prestadores de salud.
- Permite ejercer un mayor dominio territorial.
- Evaluar las coberturas y niveles de avances según los acuerdos de gestión del MINSA.
- Involucrar a las familias en la implementación de acciones de salud y desarrollo comunales.

### **2.3.5 El proceso de la sectorización requiere:**

Según la guía metodológica de sectorización para el primer nivel de atención del centro de salud Las Moras<sup>67</sup> el proceso de sectorización consistió en:

- Definición del ámbito geo poblacional.
- Delimitación del ámbito.( elaboración del croquis de sectorización del Establecimiento de salud, elaboración del croquis de cada comunidad)
- Asignación del responsable (sectorista o enlace)
- Calificación de riesgos.
- Admisión integral.

## **2.4 Dimensiones del nivel de implementación de la sectorización**

### **2.4.1 Fase preparatoria de la sectorización para el personal de salud.**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>68</sup> definieron a la fase preparatoria como la sensibilización y capacitación en la implementación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud de los actores sociales.

#### **2.4.1.1 Tarea N°1.-Los equipos o comités de gestión de las Redes y Micro redes reciben capacitación en el modelo de atención integral en salud basado en la familia y la comunidad (MAIS-BFC) y la estrategia de sectorización.**

Se capacita al equipo o comité de gestión en una Red y/o Micro red sobre los lineamientos del modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad (MAIS-BFC) y en la aplicación de la guía de sectorización, de preferencia esta capacitación se realiza en un ámbito que ya implementa exitosamente el MAIS-BFC y la estrategia de Sectorización

#### **2.4.1.2 Tarea N°2.-Los equipos o comités de gestión de las Redes y Micro redes adecúan y aprueban la implementación de la estrategia de sectorización.**

Según los lineamientos MAIS-BFC, sus estrategias y otras afines como la de sectorización pueden estar adecuadas a las realidades locales según necesidad por el equipo o comité de gestión de la Red o Micro red. Una vez ajustada, la estrategia de sectorización es aprobada por el equipo o comité de gestión de la Red o Micro red.

**2.4.1.3 Tarea N°3.- El equipo o comité de gestión de la Red o Micro red capacita a los equipos de gestión de los establecimientos de salud.**

El equipo de salud de cada establecimiento de salud en el ámbito de la Red o Micro red debe recibir capacitación en el MAIS-BFC y la estrategia de sectorización.

**2.4.1.4 Tarea N°4.- El equipo o comité de gestión de la Red o Micro red apoya a los equipos de gestión de los establecimientos de salud en la aplicación de una autoevaluación de su organización y gestión**

El equipo de salud en cada establecimiento se organiza para llenar en grupo el formato de autoevaluación de la organización y gestión del establecimiento de salud para la implementación de MAIS-BFC. En base al análisis de esta autoevaluación, el equipo de salud identifica sus fortalezas y necesidades para la organización y gestión de la atención que brindan basado en la familia y comunidad.

**2.4.1.5 Tarea N° 5.- Selección y asignación formal de funciones a la persona o unidad responsable de la estrategia de Sectorización en el establecimiento de salud.**

Se debe designar a una persona o unidad responsable de su operación en cada establecimiento de salud. Es recomendable entregar a la persona o unidad responsable de la estrategia de sectorización, formalmente y por escrito, las funciones que corresponden a dicha designación. El establecimiento de salud asume el compromiso de la implementación de la estrategia de sectorización en su jurisdicción. La persona o unidad responsable para la estrategia de sectorización puede ser: El Jefe del

establecimiento, el responsable de Promoción de la Salud, el equipo de gestión del establecimiento, un comité de sectorización.

**2.4.1.6 Tarea N° 6.- El equipo o comité de gestión de la Red o Micro red capacita a los Tutores de Promoción de la Salud y nutrición materno, neonatal e infantil.**

El equipo o comité de gestión de la Red o Micro Red selecciona de la Micro Red y de cada establecimiento de salud uno o más personal de salud que serán responsables del programa modular de capacitación en promoción de la salud materno, neonatal e infantil en su Micro Red. Sus responsabilidades serán organizar, implementar y supervisar la formación de los sectoristas, las facilitadoras comunitarias y los agentes comunitarios de salud/mujeres líderes. Los tutores deben recibir una orientación sobre metodologías para educación de adultos y sobre cómo realizar la capacitación en los siete grandes temas para la salud de madres, neonatos y niños, tal como se presenta en la serie de manuales de facilitadores en el programa modular de capacitación en salud materno-neonatal-infantil a agentes comunitarios de salud y mujeres líderes.

Los tutores de promoción de la salud materno, neonatal e infantil son:

Responsable de capacitación o calidad del centro de salud o Micro Red, responsable de promoción de la salud del Centro de Salud o Micro Red, Enfermera/o de cada establecimiento de salud, Obstetra de cada establecimiento de salud

## **2.4.2 Fase inicial de la sectorización**

### **Para el personal de salud**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>69</sup>, manifestaron que en esta fase se identifican los sectores, se realiza la categorización de riesgo en cada sector, se elabora los mapas, se debe contar con instrumentos de educación y formatos de vigilancia, se realiza capacitación a los actores sociales de la sectorización, se hace la designación de sectoristas a sus sectores de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud. Asimismo se asignan trabajos o tareas a los responsables de la sectorización.

#### **2.4.2.1 Tarea N°1.- Identificación y demarcación de los sectores del ámbito del establecimiento de salud.**

Cuando se crea un establecimiento de salud, la Red de servicios le asigna una jurisdicción geo-poblacional y/o un grupo de comunidades que se incorporaran a su ámbito de influencia. La demarcación de los sectores en el ámbito del establecimiento, bajo los criterios definidos, es un proceso grafico que se apoya en los mapas ya existentes y de uso de la oficina de epidemiología, municipalidad Distrital, ministerio de agricultura, INEI, etc.

#### **2.4.2.2 Tarea N°2.- Categorización del riesgo de los sectores**

La categorización del riesgo de los sectores permite: una mejor asignación de sectores entre el personal (profesional vs. no profesional, carga administrativa, etc.) al ser un procedimiento periódico, permite evaluar el desempeño del sectorista y la capacidad gerencial en los niveles

correspondientes, evaluar las acciones sanitarias desarrolladas en el sector, tomar decisiones con la participación de los miembros comunitarios y de otras organizaciones.

Los criterios para categorizar el riesgo de los sectores son: Perfil epidemiológico; calificación: alto, mediano, y bajo; se emplean datos registrados (censo, historias clínicas, fichas familiares, fichas de autodiagnóstico, etc.). Los criterios se deben revisar periódicamente (es posible incorporar nuevos criterios o remplazarlos).

#### **2.4.2.3 Tarea N°3.-Elaboración del mapa de sectorización del establecimiento**

Es recomendable que los establecimientos de salud cuenten con un mapa de sectorización. En él se dibujan las comunidades o sectores del ámbito del establecimiento y se detallan las principales vías de comunicación, distancias y tiempos de la comunidad o sector a los servicios de salud, y accidentes geográficos más importantes.

La elaboración del censo comunal y su actualización permanente permitirá colocar en el mapa de sectorización, datos necesarios para la planificación de actividades en cada uno de los sectores o comunidades.

Datos sobre cada sector que deben recolectar para elaborar mapas, esto debe contener: población total del sector, número de gestantes por sector, número de niños menores de dos años por sector, número de mujeres en edad fértil, riesgo del sector, y deben estar seleccionados los



riesgos por color ejemplo: bandera verde: riesgo bajo, bandera amarilla: riesgo mediano, bandera roja: riesgo alto.

#### **2.4.2.4 Tarea N°4.-Generación/adaptación, validación, y reproducción de instrumentos para asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral y la vigilancia y educación para el cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil.**

Los sectoristas deben contar con instrumentos que les permitan asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo. De la misma forma, los agentes comunitarios de salud deben contar con instrumentos para la educación y vigilancia del cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil a nivel familiar.

Se sugiere las fichas: seguimiento de la atención integral de las mujeres embarazada y puérperas, seguimiento de la atención integral del niño menor de dos años, él sectorista coordinará con los responsables de las áreas correspondientes, las acciones a implementar si alguno de los niños o gestantes del sector o comunidad bajo su responsabilidad no recibe las intervenciones del paquete básico de atención integral de forma oportuna.

#### **2.4.2.5 Tarea N°5.-Capacitación al personal de salud**

Antes de iniciar la fase de implementación de la estrategia de sectorización, es necesario capacitar a todo el personal de salud del establecimiento sobre las responsabilidades y funciones del personal sectorista, la organización comunal (JVC o CODECO), los Agentes Comunitarios de Salud y las Municipalidades. Asimismo, debe capacitar al

personal de salud sobre el uso de los materiales e instrumentos que permitirán el cumplimiento de estas responsabilidades.

#### **2.4.2.6 Tarea N°6.-Designación de sectoristas y asignación formal de funciones**

Mediante un proceso participativo se realiza la designación del personal responsable de cada sector. Todo el personal sectorista debe recibir formalmente la asignación de sus responsabilidades. Factores que deberían considerar en la designación de sectoristas: número de trabajadores en el establecimiento por grupo ocupacional y relación laboral, nivel de riesgo de los sectores, otras características sociodemográficas, perfil epidemiológico, y accesibilidad a las comunidades, equidad en la distribución de responsabilidades entre el personal del establecimiento de salud. Debe recordarse que los sectoristas no están “nombrados” en sus sectores. Ellos pueden ser reasignados cuando el establecimiento de salud así lo requiera.

#### **2.4.2.7 Tarea N°7.-Presentación formal de los sectoristas a la Junta vecinal o autoridades de su sector o comunidad.**

El Jefe del establecimiento de salud remitirá a los presidentes de las Juntas vecinales a autoridades de los sectores o comunidades, documentos informando de la designación del trabajador o grupo de trabajadores que serán responsables de la coordinación e implementación de acciones en salud y nutrición. A partir de entonces es responsabilidad de los sectoristas

participar de las reuniones comunitarias convocadas para dicha finalidad en sus sectores.

#### **2.4.2.8 Tarea N°8.-Elección o ratificación de Agentes Comunitarios de Salud en cada sector.**

El sectorista informará a la comunidad la necesidad de elegir o ratificar a Agentes Comunitarios de Salud para la vigilancia comunitaria de grupos de riesgo. Que tiene como finalidad educar a las familias y observar sus comportamientos en salud y nutrición materno-infantil.

#### **Fase inicial de la sectorización para el agente comunitario**

El Agente comunitario de salud es responsable de la educación y vigilancia del cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil a nivel familiar. Para ello cuenta con fichas: guía de orientación a las madres embarazadas y puérperas, guía de orientación a las madres de niños menores de dos años, guía de visita al recién nacido, hoja de referencia y contra referencia comunal, plan comunal de parto, reporte mensual del ACS/Mujer Líder y con material educativo (rota folios). Todos ellos están adaptados al contexto local y con material gráfico diseñado para población iletrada.

Elección o ratificación de Agentes comunitarios de salud por la comunidad para la vigilancia comunitaria de grupos de riesgo.

### **2.4.3 Fase de implementación de la sectorización**

#### **Para el personal de salud**

En esta fase según Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>70</sup> comprende actividades como: Capacitación a los Agentes comunitario de salud, implementación de la sala situacional con información por sectores, entrega de un paquete básico de atención integral de salud en la comunidad, implementación del sistema de admisión integral, elaboración mensual del cronograma de trabajo comunal, Implementación del sistema de vigilancia comunal, formulación de planes de trabajo comunal.

#### **2.4.3.1 Tarea N°1.-Iniciar o continuar con la capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud.**

Cada establecimiento de salud programa y ejecuta un plan anual para el fortalecimiento de las capacidades comunitarias en salud y nutrición materno-infantil. Las mujeres líderes reciben capacitación modular en talleres mensuales que desarrollan todos los establecimientos de salud de la Micro red.

Los talleres de capacitación a mujeres líderes son conducidos en cada establecimiento de salud por un equipo de tutores de promoción de la salud materno-neonatal-infantil, profesionales de salud capacitados a su vez en aspectos técnicos y metodológicos. Para apoyar el proceso de capacitación, el personal de salud cuenta con una serie de “Manuales de Facilitadora” del programa modular de capacitación en salud materno-neonatal-infantil a ACS y mujeres líderes.

Temas básicos para la capacitación de agentes comunitarios y mujeres líderes son: embarazo, parto y puerperio, recién nacido, lactancia materna, alimentación infantil y micronutrientes, promoción de higiene, diarrea, neumonía.

#### **2.4.3.2 Tarea N°2.-Implementación del sistema de vigilancia comunitaria de salud y nutrición materno-infantil**

Requiere el cumplimiento de los siguientes pasos:

Aplicación de la “ficha familiar” (censo comunal) y la “encuesta de tres preguntas” (autodiagnóstico), el desarrollo del censo comunal es conducido en cada sector o comunidad por el personal de salud responsable con el apoyo de los Agentes Comunitarios de salud. Para ello, se emplean formatos previamente validados por la Microrred, Red de Salud o DIRESA.

#### **2.4.3.3 Tarea N°3.-Formulación de planes de trabajo comunal**

La formulación-ejecución-monitoreo y evaluación de planes de trabajo comunal (PTC) es un proceso iterativo que se inicia cuando la comunidad elige una prioridad factible de abordar en un periodo corto de tiempo (3 meses) a partir de la información recogida durante la encuesta a hogares con la ficha de autodiagnóstico familiar, tomando en cuenta además la experiencia exitosa previa de las comunidades; lo que facilita el monitoreo y evaluación por parte de la junta vecinal comunal o autoridades, a diferencia de planes operativos anuales o proyectos comunales complejos.

El “Plan de trabajo comunal” que responde las siguientes preguntas:  
 ¿Qué hacer? ¿Cómo hacerlo?, ¿Cuándo se hará?, ¿Dónde se hará?,  
 ¿Quién será el responsable de hacerlo?, ¿Que se necesitara para hacerlo?

#### **2.4.3.4 TareaN°4.-Implementación de la sala situacional con información por sectores.**

La sala situacional de salud es un espacio organizado para la exhibición de información sanitaria procesada, cuya fuente de origen procede fundamentalmente de las comunidades. Su finalidad es fortalecer el proceso de análisis sistemático para la toma de decisiones, constituyendo de esta forma, un instrumento indispensable para la cogestión local de salud. La información que contiene la sala situacional procedente de cada comunidad o sector se organiza de la siguiente forma: información sociodemográfica, morbilidad, recursos, respuesta, resultados de la atención integral de salud.

#### **2.4.3.5 Tarea N° 5.-Entrega de un paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo.**

Este paquete es definido previamente por la Microrred, Red de Servicios, o la DIRESA en base al documento técnico de MAIS-BFC. Según la definición del paquete, se realiza el diseño de los registros de seguimiento. Corresponde al sectorista asegurar la entrega oportuna de las intervenciones que componen el paquete básico a todas las gestantes y niños menores de dos años de su sector o comunidad.

#### **2.4.3.6 Tarea N° 6.-Implementación de un sistema de admisión integral**

Admisión es el espacio donde se orienta al usuario sobre las intervenciones y atenciones que le serán entregadas por los servicios de salud. En el servicio de admisión se cumplen los siguientes procesos y actividades: recepción e identificación de la historia clínica, reconocimiento de las necesidades de atención, detección de signos de alarma, definición del flujo de atención, registro de las atenciones a los usuarios, información y educación, agrupación de las historias clínicas en archivos o carpetas familiares, codificación de los archivos o carpetas familiares, agrupación de los archivos o carpetas familiares por sector o comunidad, identificación del riesgo familiar (por. ejemplo. presencia de grupos de riesgo en la familia).

#### **2.4.3.7 Tarea N°7.-Publicación del cronograma mensual de trabajo comunitario.**

El responsable de promoción de la salud o responsable de sectorización, consolida el rol de salidas comunitarias de todos los sectoristas del establecimiento de salud y lo publica en un lugar visible. Esta publicación incluye la fecha de la salida y las actividades a cumplir en cada comunidad por cada sectorista. Ello permite el seguimiento de las actividades extramurales y mantener informada a las comunidades de las actividades que desarrolla el establecimiento de salud en cada sector.

#### **2.4.4 Fase de implementación para el agente comunitario**

Educación para el cambio de comportamientos y vigilancia comunitaria de grupos de riesgo corresponde a los Agentes Comunitarios de salud esta función mediante la utilización de los instrumentos previamente diseñados y validados. Cada Agente Comunitario de salud es responsable de la educación y vigilancia de un número determinado de familias según el grado de accesibilidad de las familias con grupos de riesgo bajo su responsabilidad. También es responsable de la Implementación del sistema de vigilancia comunal, formulación de planes de trabajo comunal que responde las siguientes preguntas: ¿Qué hacer?, ¿Cómo hacerlo?, ¿Cuándo se hará?, ¿Dónde se hará?, ¿Quién será el responsable de hacerlo?, ¿Que se necesitara para hacerlo?

#### **2.4.5 Fase de seguimiento de la sectorización**

El seguimiento, monitoreo, y evaluación de la estrategia de sectorización según Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>71</sup> se desarrolla en varios niveles. En cada nivel los actores y responsables cumplen tareas de seguimiento en forma continua (mensualmente):

##### **2.4.5.1 Tareas de seguimiento para el personal de salud o sectorista**

Cada sectorista tiene dos formatos para llenar. El primero es una lista de chequeo para monitorear el cumplimiento de las acciones de los Agentes Comunitarios de salud: “Lista de chequeo para el monitoreo de la estrategia de Sectorización”. El agregado de la lista de chequeo alimenta los gráficos



de la sala situacional en el establecimiento de salud, permitiendo actualizarlos continuamente. El segundo y tercer formatos son “seguimiento de la atención integral de las mujeres embarazadas y puérperas” y el “seguimiento de la atención integral del niño menor de dos años” que deben mantener actualizados.

#### **2.4.5.2 Tareas de seguimiento para el Agente Comunitario de Salud**

El Agente comunitario de salud o mujer líder anota sus actividades diarias en un cuaderno en cuanto a sus visitas de monitoreo a las mujeres gestantes y madres de niños menores de dos años, al final de cada mes, él o ella llena la hoja de reporte mensual del Agente comunitario de salud que debe entregar a su sectorista en cada actividad que realiza para su notificación oportuna.

#### **2.4.6 Roles del sectorista**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>72</sup> señalaron los roles o funciones para el personal de salud de en un determinado ámbito geográfico.

##### **2.4.6.1 Rol en la vigilancia comunal y atención integral de salud en su sector**

Presentar la programación mensual de sus actividades esta se publicara en un lugar visible del establecimiento con la relación de los sectores, sectoristas, fechas de salida de cada uno de ellos y las actividades

a desarrollar. Participar en las reuniones de asamblea general de la comunidad para su presentación formal como sectorista y para sensibilizar a la comunidad sobre las acciones a implementar. Desarrollar y mantener actualizado el censo de su sector con la participación de los Agentes Comunitarios de Salud en el formato correspondiente. Aplicar la ficha de autodiagnóstico a las familias de su sector con la participación de los Agentes Comunitarios de Salud. Elaborar el croquis de su sector, numerar las viviendas e identificar a los grupos de riesgo (niños menores de 2 años y mujeres gestantes). Preparar su carpeta y ayudar a preparar la carpeta de los Agentes Comunitarios de Salud de su sector. Acompañar a los Agentes Comunitarios de Salud en el cumplimiento de sus actividades. Reunirse mensualmente con los Agentes Comunitarios de Salud de su sector para analizar información, y resolver problemas. Asegurar la provisión adecuada de formatos e instrumentos para la vigilancia comunitaria de los grupos de riesgo. Monitorizar la funcionalidad del sistema de referencia contra referencia comunal en su sector. Promover la constitución e implementación de un comité de evacuación de emergencias en su sector.

#### **2.4.6.2 Rol en fortalecimiento de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de su sector**

Participar en las sesiones de capacitación organizadas por el establecimiento de salud, dirigidas al personal de salud. Asegurar la capacitación de los Agentes Comunitarios de salud de su sector utilizando metodologías apropiadas de educación de adultos, y los materiales de

enseñanza disponibles (guías de facilitador para la capacitación de ACS y mujeres líderes según tema). Realizar sus actividades comunales acompañado por los Agentes comunitarios de salud de su sector para modelar o mostrar cómo debería actuar el Agentes comunitarios de salud (ACS) en el desempeño de sus actividades comunales. Evaluar continuamente el conocimiento de los Agentes comunitarios de salud de su sector y proporcionarlo información para actualizarlo. Aplicar una lista de chequeo para monitoreo el cumplimiento de las actividades por parte del ACS.

#### **2.4.6.3 Rol en la organización de la comunidad y fortalecimiento de capacidades para el logro de comunidades, familias y viviendas saludables.**

Consolidar la información y analizar los resultados de la autoevaluación familiar. Conducir la formulación de planes de trabajo. Apoyar a la comunidad para establecer las prioridades que alimentaran el proceso del presupuesto participativo. Hacer el seguimiento a la implementación de los planes de trabajo comunal.

#### **2.4.6.4 Rol en la mejora de la gestión del seguro integral de salud**

Identificar, con la participación de los ACS, a los beneficiarios del seguro integral de salud (SIS) que no están actualmente afiliados. Asegurar que toda la población beneficiaria del SIS en su sector se encuentra afiliada y atendida por el SIS (organizar campañas de afiliación, campanas de

atención, etc.). Informar a la comunidad sobre los beneficios, responsabilidades y derechos en salud. Analizar las coberturas de afiliación al SIS en su sector. Cruzar información de los datos obtenidos en el censo comunal con los datos suministrados por el responsable del SIS del establecimiento de salud.

#### **2.4.6.5 Rol en el monitoreo y evaluación de su trabajo como sectorista**

Informar mensualmente al responsable de promoción de la salud o responsable de sectorización, sus actividades (consolidado de fichas de acompañamiento, consolidado de reportes mensuales de los ACS). Participar en las reuniones entre responsable de promoción de la salud o responsable de sectorización y todos los sectoristas para el análisis de su trabajo, dificultades, perspectivas. Participar en la evaluación del nivel de riesgo de los sectores.

#### **2.4.7 Roles del Agente Comunitario de Salud**

Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>73</sup> describen el rol para el agente comunitario de salud de la siguiente manera:

##### **2.4.7.1 Rol educador**

Brindar educación y consejería individual a las familias en su sector, priorizando aquellas con gestantes y niños menores de dos años de edad, a través de visitas domiciliarias mensuales, empleando el material educativo entregado por el establecimiento de salud para dicha finalidad. Desarrollar sesiones informativas para los miembros de la comunidad sobre temas de

salud y nutrición materno-infantil, conservación del medio ambiente y derechos del niño y la mujer. Promover, en coordinación con el personal del establecimiento de salud, prácticas recomendadas en salud y nutrición materno-infantil a nivel del hogar y comunidad. Ayudar a las familias al correcto cumplimiento de las indicaciones médicas en domicilio. Acudir a las reuniones de capacitación que se programan en el establecimiento de salud, mensualmente.

#### **2.4.7.2 Rol en la vigilancia comunal**

Apoyar al personal de salud sectorista en la organización, ejecución y actualización del censo en su sector; y en la aplicación del autodiagnóstico familiar (encuesta de tres preguntas). Elaborar mapas o croquis de su sector y actualizar su información permanentemente (viviendas con grupos de riesgo, zonas de riesgo, viviendas sin letrinas, etc.). Monitorear el cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil, mediante el uso de las fichas de seguimiento en las familias con gestantes, recién nacidos, y niños menores de dos años en su sector, mediante visitas domiciliarias mensuales. Mantener actualizado su folder de trabajo. Notificar al establecimiento de salud, la ocurrencia de partos domiciliarios y defunciones. Identificar signos de alarma en gestantes, recién nacidos, y niños menores de edad. Referir a las personas que requieran atenciones preventivas o recuperativas al establecimiento de salud., recibiendo la boleta de contra referencia por parte de los servicios de salud, para su respectivo seguimiento. Apoyar a la junta directiva comunal en la organización de un

comité de evacuación de emergencias para el traslado de personas en caso de emergencias. Realizar informes de las actividades comunales al establecimiento de salud. Informar permanentemente al personal de salud sectorista, las dificultades encontradas en el cumplimiento de sus responsabilidades y coordinar las acciones que requiere su resolución. Participar en la implementación de ciclos de mejora de la calidad de los servicios de su establecimiento de salud.

## **2.5 Definición de términos operacionales**

Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización: esta variable consta de cuatro dimensiones; fase preparatoria, fase inicial, fase de implementación, fase de seguimiento monitoreo y evaluación y fue medido como alto, medio y bajo nivel.

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de estudio

De acuerdo al enfoque de investigación el presente estudio fue de tipo cuantitativo puesto que no existió un manejo estadístico en el procesamiento de datos.

La presente investigación corresponde a la siguiente taxonomía:

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional** porque no existió la intervención del investigador, solo se buscó determinar el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo **prospectivo**, porque se registraron la información en el momento que ocurrieron los hechos, a partir de una fuente primaria como del personal de salud y Agente Comunitario encargados de la sectorización.

Referente al número de ocasiones que se mide la variable, el tipo de estudio fue de tipo **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y la variable se estudió solo una vez.

Y según el número de variables de interés, la presente investigación fue de tipo **descriptivo**, porque describió a la variable principal por considerarse univariado en presente estudio.

### 3.2 Nivel de investigación

El presente estudio corresponde al nivel descriptivo; porque tiene como propósito describir situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan determinados aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar<sup>74</sup>.

### 3.3. Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, como se muestra a continuación:

n-----X-----O

Dónde:

n = Los actores sociales de la sectorización (personal de salud y Agente Comunitario).

X = variable principal, nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en promoción de la salud.

O = Observación



### **3.4. Población**

En la presente investigación se contó con una población finita de 53 establecimientos de salud; según la base de datos de la oficina de epidemiología de la Red de salud Huánuco, constituida por los actores sociales de la sectorización (personal de salud y agente Comunitario de salud) que pertenecieron a la Red de salud Huánuco durante los meses de abril del 2014 a agosto del 2015.

#### **3.4.1 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación y reposición.**

##### **Para el personal de salud**

##### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el presente estudio al personal de salud que:

- Aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Fueron personal de la salud encargados de la sectorización.
- Encargados de Promoción de la Salud
- Estaban presentes en el momento de la encuesta.
- Se encontraron laborando en el primer nivel de atención de salud.
- Su establecimiento de salud se encontraban a una distancia menor de 2 horas de la ciudad de Huánuco.
- Estaban laborando en uno de los cuatro distritos (Santa María del Valle, Churubamba, Chinchao y Umari), centros pilotos de la sectorización del año 2012.

**Criterios de exclusión.** No se consideraron en el presente estudio al personal de salud que:

- No aceptaron firmar el consentimiento informado.
- No fueron responsables de la estrategia de sectorización.
- Se encontraban laborando en el nivel II de atención en salud
- Estuvieron laborando en los establecimientos de salud que fueron creados a partir del año 2013.

#### **Para el Agente comunitario**

**Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el presente estudio al agente comunitario que:

- Aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Estuvieron presente en el momento de la encuesta.
- Estuvieron en el nivel I de agente comunitario líder (educador sanitario)
- Fueron más activos

**Criterios de exclusión.** No se consideraron en el presente estudio a los siguientes que:

- No estuvieron presentes en el momento de la encuesta.
- No aceptaron firmar el consentimiento informado.

#### **Criterio de eliminación para el personal de salud y agente comunitario.**

- El personal de salud y agente comunitario que no cumplieron con el llenado de la encuesta (más de tres preguntas)
- Encuestas en las cuales se evidenciaron respuestas uniformes.
- Cuando hubo más de dos respuestas en una sola pregunta.

### 3.4.2 . Ubicación de la población en espacio y tiempo

- **Ubicación en el espacio:** El estudio se llevó a cabo en los establecimientos del primer nivel de atención de la red de salud Huánuco.

Los Centros de salud (CS) y Puestos de salud (PS) fueron los siguientes:

Nº	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NIVEL DE CATEGORIA
1	PS. LLacon	I-2
2	PS. Santa Rosa de Sirabamba	I-2
3	PS. Pomacucho	I-2
4	PS. Tambo de San José	I-2
5	PS. San Sebastian.de Quera	I-3
6	PS. Santa Cruz de Ratacocha	I-2
7	PS LLacsa	I-1
8	PS. Churubamba	I-2
9	PS. Utao	I-2
10	PS. Manantial de Vida de Quechualoma	I-1
11	PS. Tambogan	I-2
12	P.S. Tres de Mayo de Pagshag	I-1
13	PS San Fransisco de Cochabamba	I-1
14	PS. Santo Toribio de Mogrovejo de Araypagua	I-2
15	CS. Acomayo	I-3
16	CS Pillao	I-3
17	PS Chinchinga	I-1
18	PS Pueblo Libre de Mayobamba	I-1

- **Ubicación del tiempo:** Duró de abril del 2014 a agosto del 2015.

### **3.5. Muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Unidad de análisis**

Los actores sociales (personal de salud y agente comunitario) de la sectorización.

#### **3.5.2 Unidad de muestreo**

La unidad elegida fue igual a la unidad de análisis.

#### **3.5.3 Marco muestral**

Base de datos de la oficina de epidemiología de la Red de salud Huánuco.

#### **3.5.4 Tamaño de la muestra**

No se aplicó fórmula puesto que la muestra se eligió según criterio del investigador. La muestra estuvo conformada por 18 encargados de la sectorización (personal de salud) y 18 Agentes Comunitarios.

#### **3.5.5 Tipo de muestreo**

En la presente investigación se realizó el tipo de muestreo no probabilístico según criterio y accesibilidad del investigador.

### **3.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.6.1 Métodos**

El método que se usó en el presente estudio fue la encuesta, con la finalidad de obtener datos de los actores sociales de la estrategia de sectorización de los establecimientos de salud, de la Red de salud Huánuco.

#### **3.6.2 Instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

## **Instrumentos documentales**

- **Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01)**

Esta Guía de entrevista fue diseñada para dos grupos de actores sociales de la estrategia de sectorización:

**Para el personal de salud** que tiene 11 reactivos y se clasificó en 3 dimensiones: I Características demográficas (2 reactivos); II Características sociales (3 reactivos); III Características Laborales (6 reactivos), para su valoración y medición fue auto administrado por personal capacitado.

- **Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 02)**

Para **el Agente Comunitario de Salud** se clasificó en 3 dimensiones que tiene 13 reactivos: I Características demográficas (2 reactivos); II Características sociales (5 reactivos); Datos informativos (6 reactivos).

- **Escala de aplicación de la estrategia de sectorización (Anexo 03)**

Este cuestionario fue validado por jueces y expertos. El cual consta de 4 dimensiones y 43 reactivos:

**Para el personal de salud** denominados: Dimensión I fase preparatoria (5 reactivos), Dimensión II fase inicial (9 reactivos), Dimensión III fase de implementación (7 reactivos), Dimensión IV fase de seguimiento, monitoreo y evaluación de la sectorización (22 reactivos).

### **Baremación para el anexo 3:**

Nivel alto = 43-30

Nivel medio = 29-16

Nivel bajo = 15-0

- **Escala de aplicación de la estrategia de sectorización (Anexo 04)**

Este cuestionario fue validado por jueces y expertos. El cual consta de 3 dimensiones y 25 reactivos:

Para **el Agente Comunitario de Salud**; Dimensión I fase inicial (5 reactivos), Dimensión II fase de implementación (5 reactivos), Dimensión III fase de seguimiento, de la sectorización (15 reactivos)

**Baremación para el anexo 4:**

Nivel alto = 25 - 18

Nivel medio = 17 - 10

Nivel bajo = 9 – 0

### **3.7 Validación de los instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1 Validez cualitativa**

Para la presente investigación se sometieron a validez de contenido de la siguiente forma:

##### **3.7.1.1 Validez racional o revisión de conocimientos disponibles**

Para la presente investigación no se contó con antecedentes de instrumentos elaborados; por lo tanto los instrumentos de la presente investigación necesitaron una revisión de otras fuentes bibliográficas, para una mejor representatividad de los ítems de las variables en estudio.

Cuadro 1. Dimensiones de la escala propuesta para medir la aplicación de la estrategia de sectorización para el personal de salud.

N°	Dimensiones	Autor
01	fase preparatoria	Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vásquez A, Talenas Rojas D. Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en cogestión con la comunidad.
02	fase inicial de la sectorización	
03	fase de implementación	
04	fase de seguimiento, monitoreo y evaluación de la sectorización	

Cuadro 2. Dimensiones de la escala propuesta para medir la aplicación de la estrategia de sectorización para el Agente Comunitario de Salud.

<b>N°</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Autor</b>
<b>01</b>	<b>fase inicial de la sectorización</b>	Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vásquez A, Talenas Rojas D. Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en cogestión con la comunidad.
<b>02</b>	<b>fase de implementación</b>	
<b>03</b>	<b>fase de seguimiento,</b>	

### 3.7.1.2 Validez Delfos o de jueces

Para la validación de los instrumentos de recolección de datos del presente estudio fueron validados por 11 expertos: en promoción de la salud (5), salud familiar y comunitaria (3); salud pública (2) y experta en investigación (1) quienes emitieron su juicio para determinar hasta donde los reactivos del instrumento son representativos.

En la presente investigación fue evaluada por los jueces, a quienes se les entregó un sobre conteniendo los siguientes documentos:

- Oficio de validación de instrumentos de recolección de datos por juicios de expertos.
- Hoja de instrucciones.
- Formato para la evaluación según juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta.



- Encuesta de las características sociodemográficas de la muestra en estudio.
- Escala de aplicación de la estrategia de sectorización.
- Constancia de validación.
- Matriz de consistencia

Antes de la validación por los expertos o jueces el instrumento de recolección de datos se elaboró de la siguiente manera: anexo 1, III dimensiones con 10 reactivos; anexo 2, III dimensiones con 12 reactivos anexo 3, IV dimensiones con 53 reactivos y el anexo 4; III dimensiones con 28 reactivos. Los expertos o jueces evaluaron de manera independiente la relevancia, coherencia, suficiencia, claridad con que han sido redactados los reactivos.

Los expertos o jueces concluyeron que para el anexo 1 se debe añadir en la dimensión III, 1 reactivo, con la pregunta. ¿En qué nivel de Establecimiento de salud labora usted?

Asimismo en el anexo 2, dimensión II del reactivo 3 sugirieron adicionar una alternativa que diga separado (a); también modificar en la dimensión II el reactivo 6 ¿En la actualidad qué grado de estudios tiene Usted? Por ¿Qué grado de estudios tiene Usted en la actualidad?, además añadir en la dimensión II un reactivo que diga ¿Usted es exonerado de faenas comunales?

Para el anexo 3 opinaron en la dimensión I eliminar el reactivo 3 por la redundancia del reactivo; en la dimensión II se adicionó un reactivo que dice ¿todo el personal de su establecimiento ha sido capacitado con la “guía

metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”?; en la dimensión III se modificó el reactivo<sup>15</sup> que decía ¿Capacita mensualmente a los Agentes Comunitarios de Salud, (ACS) sobre temas: embarazo, parto y puerperio, recién nacido, lactancia materna, alimentación infantil y micronutrientes, promoción de higiene, diarrea y neumonía? por ¿Capacita mensualmente a los Agentes Comunitarios de Salud, (ACS) en los cinco módulos del manual del ACS-Minsa?; también se modificó los reactivos 22 y 31 en su forma de redacción, asimismo se cambió el reactivo 32 que señalaba ¿Asiste a las reuniones mensuales programadas por el Establecimiento de salud? Por ¿Asiste a las reuniones trimestrales programadas por el Establecimiento de salud?, también el reactivo 36 ¿En la Comunidad se realizan reuniones mensuales o quincenales para tratar temas de desarrollo comunal? por ¿En la Comunidad se realizan reuniones bimensuales para tratar temas de desarrollo comunal?, además se eliminó el reactivo 37, también se redujo los reactivos 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 51 en el reactivo 40 que dice ¿Cuando visita la comunidad brinda reforzamiento educativo a los Agentes Comunitarios de salud sobre los módulos para el agente comunitario de salud- Minsa?.

Finalmente en el anexo 4 en la dimensión I fue modificado el reactivo 56 que indicaba ¿Fue capacitado por el sectorista encargado de su sector o comunidad, sobre temas: embarazo, parto y puerperio, recién nacido, lactancia materna, alimentación infantil y micronutrientes, promoción de higiene, diarrea y neumonía? Por ¿Fue capacitado en los cinco módulos del agente comunitario de salud – Minsa?, fue eliminado los reactivos 58 y 60;

en la dimensión III se modificó el reactivo 73 que decía ¿entrega informes mensuales al sectorista del establecimiento de salud? Por ¿entrega información en cada salida o actividad que realiza en la comunidad al sectorista del establecimiento de salud? Asimismo se eliminó el reactivo 79 y se modificó el reactivo 80 que indicaba ¿En su comunidad, las familias construyen letrinas? Por ¿En su comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico?

Quedando así constituido el instrumento en su versión definitiva:

Anexo 1, con 3 dimensiones y 11 reactivos.

Anexo 2, con 3 dimensiones y 13 reactivos.

Anexo 3, con 4 dimensiones y 43 reactivos.

Anexo 4, con 3 dimensiones y 25 reactivos.

### **3.7.1.3 Validez por aproximación a la población**

Este tipo de validez se aplicó mediante la aplicación de una prueba piloto: en donde se identificaron posibles dificultades principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta prueba piloto se realizó en los establecimientos de salud que tenga las mismas características al que se pretende aplicar el instrumento.

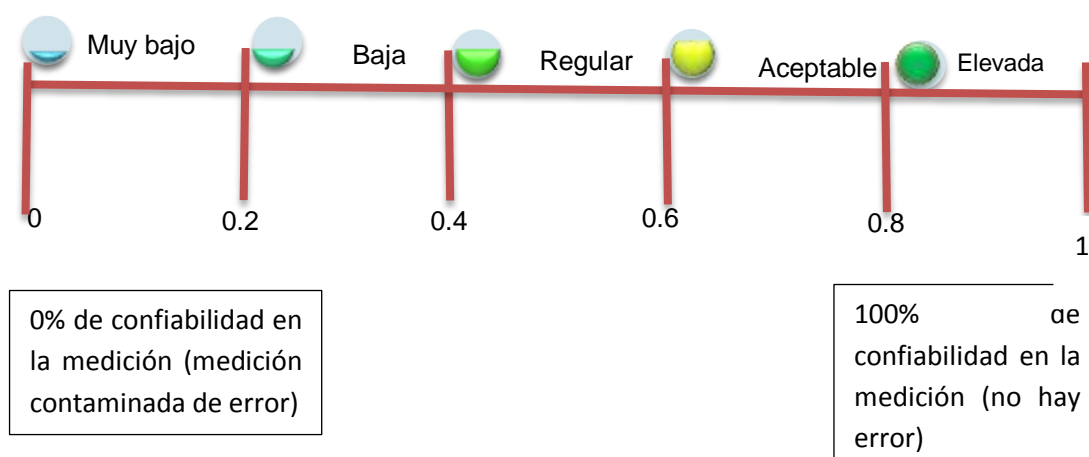
La prueba piloto se realizó en los siguientes establecimientos de salud de acuerdo a la muestra en estudio.

<b>N°</b>	<b>Establecimiento de salud</b>	<b>Nivel de categoría</b>
01	Puesto de salud Colpa Baja	I - 2
02	Puesto de salud La Esperanza	I - 2
03	Centro de salud Santa María del Valle	I - 3
04	Puesto de salud Pachabamba	I - 2

### 3.7.2 Validez cuantitativa

#### 3.7.2.1 Validez por consistencia interna (confiabilidad)

Para determinar el análisis de confiabilidad del instrumento “Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la red de salud Huánuco”, a través del análisis de consistencia interna se aplicó el método de Kuder Richardson (KR20), puesto que se trató de una escala de respuestas dicotómicas. Si su valor es cercano a la unidad se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes; Si su valor está por debajo de 0.8 el instrumento evaluado presenta una variabilidad heterogénea en sus reactivos y por lo tanto nos lleva a conclusiones equivocadas. El mínimo puntaje aceptable de KR-20 es 0.80; para su confiabilidad fue clasificado de acuerdo a los siguientes valores:



Formula

$$KR20 = \left[ \frac{n}{n-1} \right] \frac{\sigma^2 - \sum p_i q_i}{\sigma^2}$$

Cálculo para los Items																									
Cálculos / Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Respuestas correctas	RC	3	2	1	2	2	4	3	5	2	2	4	3	4	4	2	1	2	2	3	3	3	2	1	4
Respuestas incorrectas	RI	1	2	3	2	2	0	1	1	2	2	0	1	0	0	2	3	2	2	1	1	1	2	3	0
Proporción de respuestas correctas al ítem i	$p_i$	0.8	0.5	0.3	0.5	0.5	1	0.8	0.8	0.3	0.5	1	0.8	1	1	0.5	0.3	0.5	0.5	0.8	0.8	0.8	0.5	0.3	1
Proporción de respuestas incorrectas al ítem i	$q_i$	0.3	0.5	0.8	0.5	0.5	0	0.3	0.3	0.5	0.5	0	0.3	0	0	0.5	0.8	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	0.5	0.8	0
	$p_i + q_i$	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.25	0	0.2	0.2	0.3	0.3	0	0.2	0	0	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0
$\sum p_i q_i$ Sumatoria de los $p_i \cdot q_i$																									7.5625

Cálculo para los sujetos		
Totales de las cuentas por sujeto ( $X_i$ )		
Sujetos / Cálculos	$X_i$	$X_i^2$
1	21	441
2	21	441
3	34	1156
4	37	1369
5	0	0
6	0	0

Número de ítems en la prueba	43
Número de sujetos en la prueba	4
Variación de las cuentas de la prueba $\sigma_x^2$	19.81

Cálculo del Índice KR-20	
$KR20 = \left( \frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$	KR20= 0.63
Se interpreta de la misma forma que el Alfa de Cronbach	

**Tabla 1: Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna kuder Richardson (KR20) para el anexo 3 escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el Personal de salud**

DIMENSIONES	(n =4)
	KR
I. Fase preparatoria	0.31
II. Fase inicial	0.85
III. Fase de implementación	0.61
IV. Fase de seguimiento	0.68
Total del anexo 3	0.63

Fuente: Encuesta piloto

En la tabla 1, se encontraron que el valor para el anexo 3, escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el personal de salud es de 0.63 de confiabilidad por lo que el instrumento a utilizar es aceptable.

Cálculo para los Items																									
Cálculos / Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Respuestas correctas	BC	4	4	3	4	1	4	3	3	1	1	2	3	3	3	4	2	4	4	4	4	2	4	3	4
Respuestas incorrectas	BI	0	0	1	0	3	0	1	1	3	2	1	1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	1
Proporción de respuestas correctas al item i	$p_i$	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Proporción de respuestas incorrectas al item i	$q_i$	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
$p_i \times q_i$		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
$\sum p_i \times q_i$	Sumatoria de los $p_i \times q_i$	2.8125																							

Cálculo para los sujetos		
Totales de las cuentas por sujeto ( $X_j$ )		
Sujetos / Cálculos	$X_j$	$X_j^2$
1	18	324
2	17	289
3	23	529
4	19	361
5	0	0
6	0	0

Número de items en la prueba	25
Número de sujetos en la prueba	4
Variación de las cuentas de la prueba $\sum X_j^2$	15.03

Cálculo del Índice KR-20	
$KR20 = \left( \frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_i^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_i^2}$	KR20= 0.85
Se interpreta de la misma forma que el Alfa de Cronbach.	

**Tabla 2: Estimación de confiabilidad por el método de consistencia interna kuder Richardson (KR20) anexo 4 escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el Agente comunitario de salud**

DIMENSIONES	(n = 4)
	KR
I. fase inicial	1.10
II. fase de implementación	0.78
III. fase de seguimiento	0.89
total del anexo 4	0.85

Fuente: Encuesta piloto

En la tabla 2, se encontraron que el valor para el anexo 4, escala de aplicación de la estrategia de sectorización para el Agente comunitario de salud es de 0.85 clasificado como confiabilidad elevada, por lo que el instrumento a utilizar es aplicable.

### 3.8 Procedimientos de recolección de datos

#### 3.8.1 Autorización

Para obtener la información de la presente investigación se coordinó con el director de la Red de salud Huánuco, con los jefes y/o encargados de cada establecimiento, de la Red de salud Huánuco, a través de la emisión de oficios y/o solicitudes dirigidas a las autoridades anteriormente mencionadas.

Además se presentó carta de permiso, se obtuvo carta de aceptación y cargo del oficio circular por la Red de salud Huánuco emitido a las Micro Redes de salud, del ámbito de estudio.

### **3.8.2 Proceso de recolección de datos**

Para la recolección de datos se siguió la siguiente secuencia: permiso del Director de la Red de salud Huánuco, permiso del jefe de los establecimientos de salud, permiso del encargado de promoción de la salud, se capacitó a un personal de salud para que aplique los instrumentos: encuesta de las características sociodemográficas de la muestra en estudio y la escala de aplicación de la estrategia de sectorización, teniendo en cuenta un tiempo promedio de 40 minutos, se realizó visita al establecimiento de salud para la entrevista con el personal de salud y/o agente comunitario, también se obtuvo el marco muestral, la ubicación de la muestra en estudio; para la aplicación del instrumento se recorrió cada uno de los 22 Establecimientos de salud incluidos los pilotos identificándoles a la muestra en estudio (personal de salud y Agente Comunitario de salud), y en algunos casos se tuvo que retornar al ámbito de estudio para su aplicación del instrumento; una vez identificado se aplicó el consentimiento informado, cuya identidad de los encuestados fueron manejados a través de códigos (principios bioéticos) y se procedió a la aplicación de recolección de datos que terminó con el agradecimiento a la muestra en estudio.

### 3.9 Elaboración de los datos

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos de las variables en estudio.

### 3.10 Análisis de los datos

#### 3.10.1 Análisis descriptivo

Según la naturaleza de las variables se utilizaron los siguientes: en el caso de variables cualitativas (género, ocupación, estado civil, religión, nivel de escolaridad, beneficio social, asegurado, acreditado), se utilizaron las medidas de frecuencia y sus respectivos porcentajes, también se elaboraron las figuras de sectores y de barras dependiendo de las respuestas dicotómicas o politómicas o de ser variables nominales u ordinales. Y en el caso de las variables numéricas se utilizaron las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), en caso de las edades, además se halló



las medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y margen de error), también se aplicaron las medidas de posición y forma (percentil, quintil, cuartil), y su respectiva grafica de histogramas o diagrama de cajas o bigotes.

### 3.10.2 Análisis inferencial

Para la comprobación de las hipótesis de acuerdo a las variables se aplicó la prueba  $\chi^2$  con bondad de ajuste para una variable.

En la ritual de la significancia estadística se consideró si: el valor  $p \leq$  de 0.05, entonces se aceptó la hipótesis del investigador y se rechazó la hipótesis nula y si el  $p$  valor es  $> 0.05$  se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis del investigador. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22, de Windows.

### 3.11 Aspectos éticos de la investigación

En la presente investigación se aplicó el modelo de consentimiento informado del Instituto Nacional de salud:

**Beneficencia:** el presente estudio benefició a la muestra con la obtención de los resultados de la investigación y de acuerdo a la información obtenida para corregir oportunamente las deficiencias y debilidades en el trabajo comunitario.

**No maleficencia:** esta investigación por ser observacional no representó ningún riesgo para la muestra.

**Justicia:** en el presente estudio se trató de forma imparcial tanto al personal de salud como al agente comunitario.

**Autonomía:** este estudio respetó la decisión del personal de salud o agente comunitario de participar o no en la investigación.

**Fidelidad:** se garantizó el anonimato de las encuestas de la muestra en estudio.

**Honestidad:** todos los datos de la presente investigación fueron datos verídicos y si hubieran existido errores se hubiera comunicado a la muestra en estudio.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

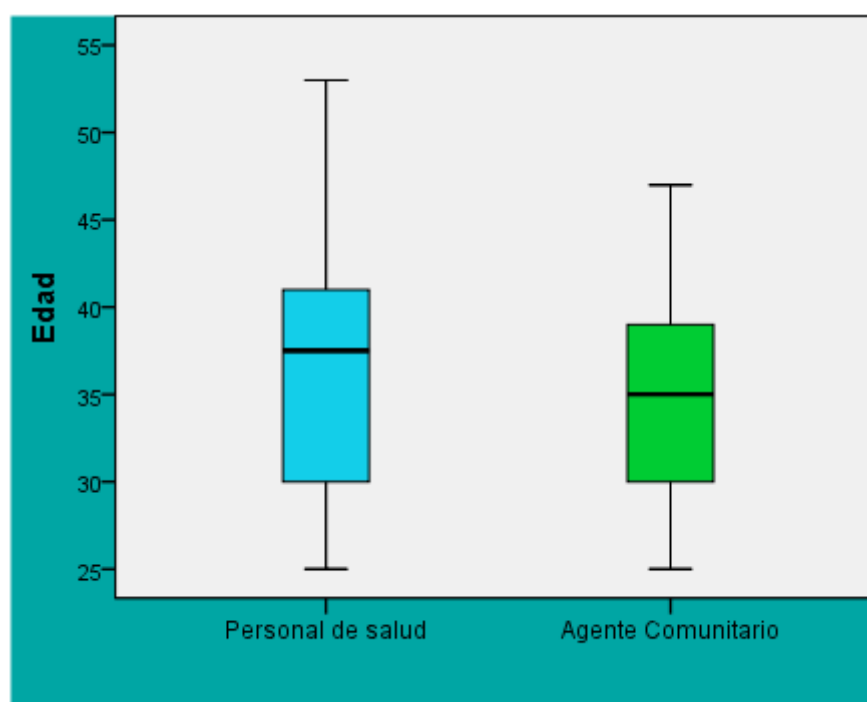
##### 4.1.1 Resultados descriptivos de las características generales de la muestra en estudio.

**Tabla 3. Características demográficas de los actores sociales que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Características demográficas	n = 18			
	Personal de salud		Agente Comunitario	
	fi	%	fi	%
<b>Edad según etapas de vida</b>				
Joven (18 – 29 años)	03	17	04	22
Adulto (30-59 años)	15	83	14	78
<b>Género</b>				
Masculino	05	28	02	11
Femenino	13	72	16	89

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 1 y 2)

Respecto a las características demográficas de los actores sociales de la estrategia de sectorización (personal de salud y Agente Comunitario de salud), se aprecia en ambos grupos en relación a la edad, que predominó la etapa de vida adulta (30 años a 59 años) [83% (15) y 78% (14) respectivamente]; ello indica que los actores sociales encargados de la sectorización fueron en su mayoría adultos. Asimismo con respecto al género en su mayoría fueron del género femenino siendo 89% (16) en el Agente Comunitario de salud y 72% (13) en el personal de salud.



**Figura 1. Representación gráfica de la edad de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 1, que representa las edades de la muestra en estudio (personal de salud y Agente Comunitario de salud encargados de la estrategia de sectorización), se observó que la edad mínima fue 25 y el máximo 53 años; en el personal de salud la edad mediana fue 37,5 años, cuya línea se ubica en la parte superior de la caja, la edad promedio fue de 36,67 años, con una DE 8,303; mientras que para el Agente Comunitario de salud la edad mediana fue 35 años, cuya línea se ubica al centro de la caja, la edad promedio fue de 34,61 años, con una DE 5,922. En síntesis existe cierta aproximación respecto a la edad promedio de los actores sociales.



**Figura 2. Representación gráfica del género de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

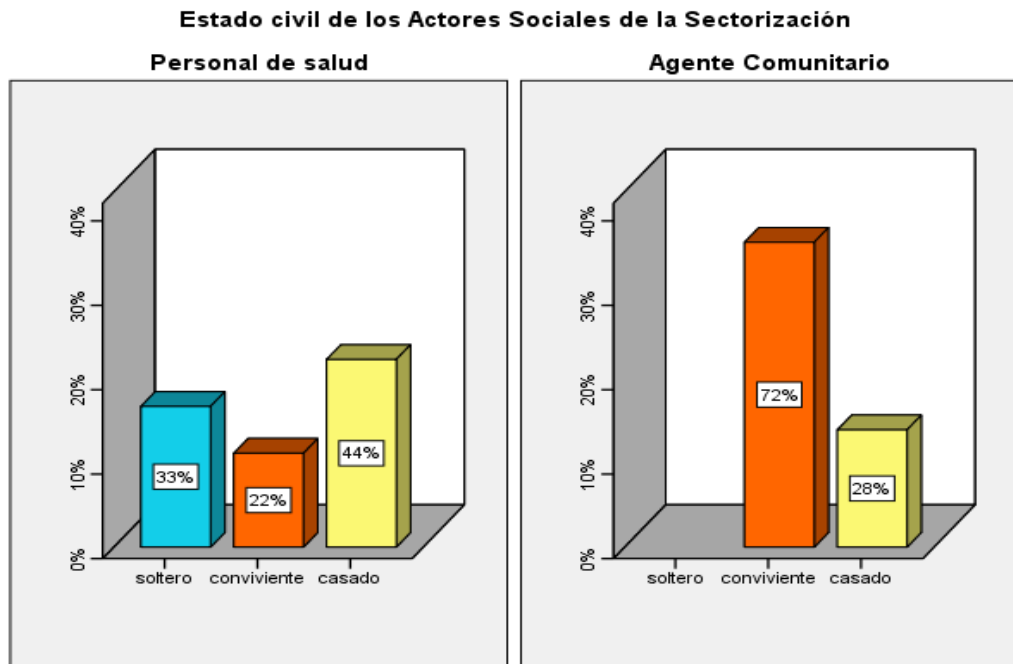
En la figura 2, se observa que en su mayoría el personal de salud encargado de la sectorización estuvieron conformados por el género femenino [72% (13)]; solo un tercio del personal de salud fue del género masculino [28% (05)]; asimismo los Agentes Comunitarios de salud fueron en su mayoría del género femenino [89% (16)], solo la novena parte de los ACS fueron del género masculino [11% (2)]. Esta realidad hace evidenciar su participación de la mujer líder en el trabajo en la salud comunitaria.

**Tabla 4. Características sociales de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Características sociales	n = 18			
	Personal de salud		Agente Comunitario	
	Fi	%	fi	%
<b>Estado civil</b>				
Casado(a)	08	44	05	28
Soltero(a)	06	33	00	0
Conviviente	04	22	13	72
<b>Religión</b>				
Católico(a)	15	83	16	89
Evangélico(a)	03	17	02	11

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 1 y 2)

Al identificar las características sociales de los actores sociales de la estrategia de sectorización, se evidenció que la mayoría [72% (13)] de los Agentes Comunitarios tenían un estado civil de conviviente mientras que en el personal de salud fue cerca de la mitad [44% (08)], su estado civil casado. Con respecto a la religión hubo semejanza pues la gran mayoría perteneció a la religión católica [83% (15) y 89% (16) de los actores sociales respectivamente].



**Figura 3. Proporciones del estado civil de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 3 se observa que el estado civil de los actores sociales encargados de la estrategia de sectorización, la condición predominante fue la de conviviente en 72% (13) para el Agente Comunitario, mientras que para el para el personal de salud se apreció que cerca de la mitad de ellos [44% (8)], tuvieron la condición de casados, seguidos de un tercio de ellos [33% (6)], que refirieron la condición de solteros(as).



**Figura 4. Representación gráfica de la religión de los actores sociales de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 4 se observa que la mayoría de ambos grupos de actores sociales de la estrategia de sectorización en estudio tuvieron religión católica [83% (15) y 89% (16) respectivamente].

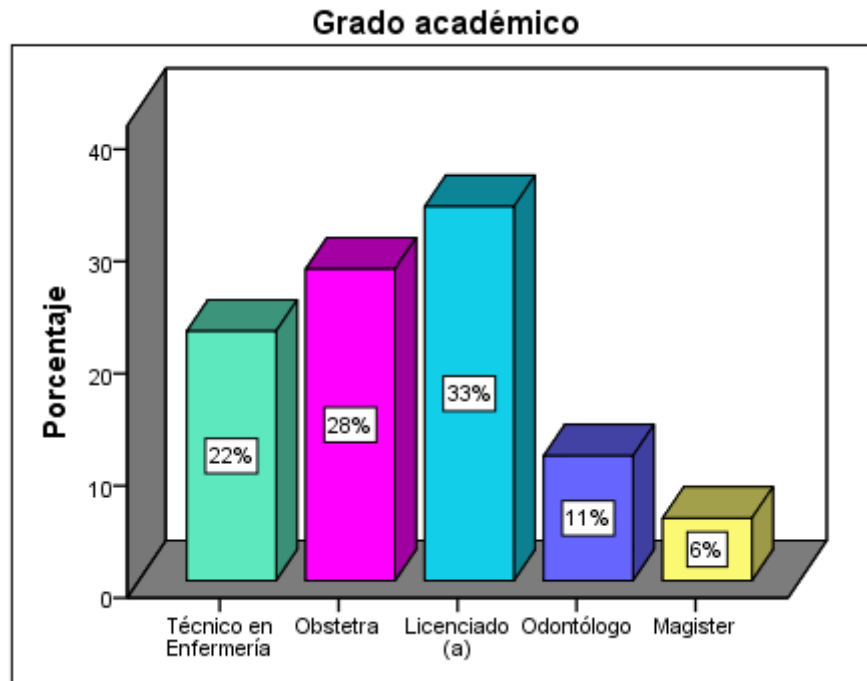


**Tabla 5. Características sociales del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

<b>Características Sociales</b>	<b>n = 18</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Grado académico</b>		
Técnico(a) en Enfermería	04	22
Obstetra	05	28
Licenciado(a)	06	33
Odontólogo(a)	02	11
Magister	01	6

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 1)

Al identificar las características sociales del personal de salud encargado de la sectorización en estudio, se apreció respecto al grado académico un tercio [33% (6)], de ellos tuvieron grado académico de licenciados en Enfermería y muy cerca de ellos [28% (5)] con grado académico de obstetras.



**Figura 5. Representación gráfica del grado académico del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 5 se aprecia que un tercio [33% (6)], del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización en estudio tenía grado académico de Licenciado en Enfermería, seguido de un 28% (5), de ellos con grado académico de obstetra; a diferencia de una muestra [6% (1)], con grado de magister.

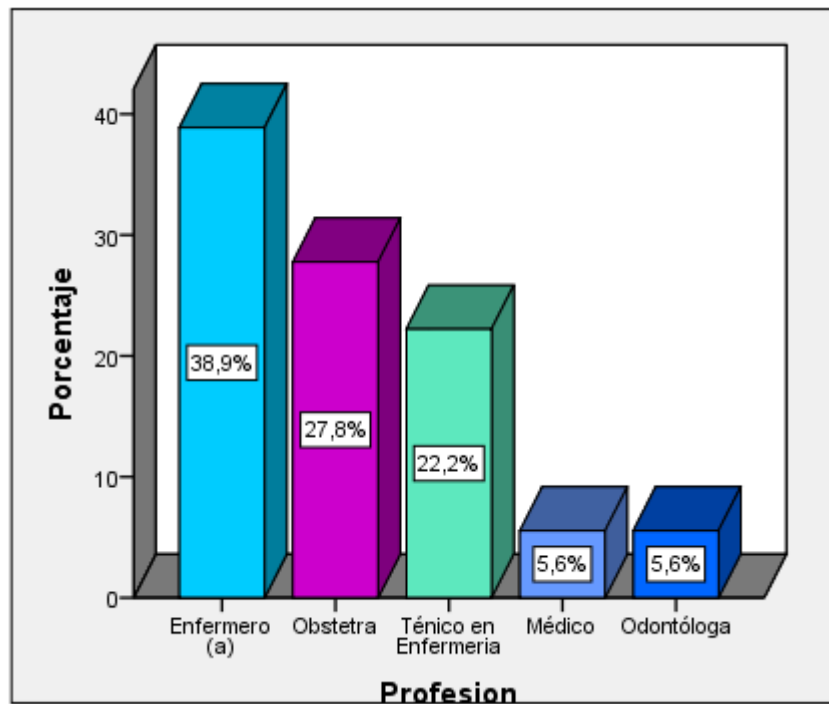
**Tabla 6. Características Laborales del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Características Laborales	n = 18	
	N°	%
<b>Profesión</b>		
Enfermero(a)	7	38,9
Obstetra	5	27,8
Técnico en Enfermería	4	22,2
Médico	1	5,6
Odontólogo	1	5,6
<b>Cargo que desempeña</b>		
Asistencial	9	50
Jefe del Establecimiento de Salud	4	22
Encargado de PROMSA	4	22
Jefe de personal	1	6
<b>Nivel de Establecimiento que labora</b>		
I-1	5	27,8
I-2	10	55,6
I-3	3	16,7
<b>Tiempo de servicio en meses</b>		
0 – 50	06	33,3
50 – 100	05	27,7
100 - 150	04	22,2
150 – 200	01	5,5
200 – 250	00	0
250 – 300	01	5,5
300 – 350	00	0
350 – 400	01	5,5
<b>Tiempo en meses como sectorista</b>		
0 – 25	08	44
25 – 50	01	6
50 – 75	06	33
75 – 100	00	0
100 – 125	00	0
125 – 150	02	11
150 – 175	01	6

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 1)

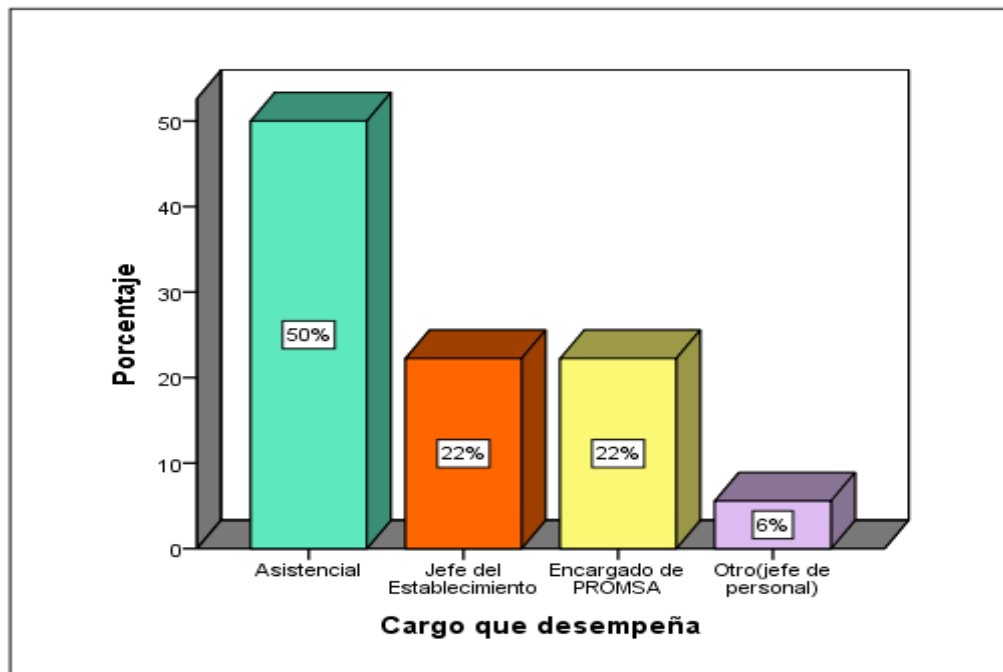
Respecto a las características laborales del personal de salud encargado de la sectorización en estudio, se observó que 38,9% (7) son profesionales de enfermería y solo el 5,6% (1) de profesión médico y odontología. En cuanto al cargo que desempeñan se pudo evidenciar que la

mitad de ellos [50% (9)], manifestaron ser asistenciales. Una proporción mayor de la mitad de ellos [55,6% (10)], laboraron en un establecimiento de salud nivel I-2. Mientras que un tercio [33,3% (6)], de ellos, tenía un tiempo de servicio en meses que oscilaba de 0 - 50 meses; seguido de un 27,7% (5) con un tiempo de servicio de 50 meses a 100 meses. Por ultimo cerca de la mitad [44% (8)], refirieron tener de 0 – 25 meses como sectorista; seguidos de un tercio de ellos [33% (6)], de 50 – 75 meses como sectorista.



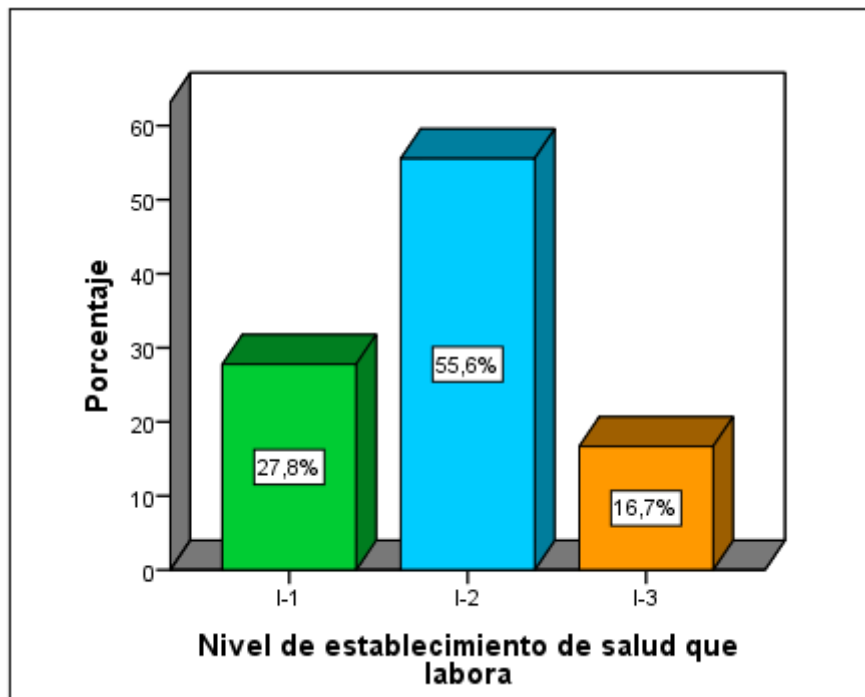
**Figura 6. Representación gráfica de la profesión del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 6, se observa que cerca de la mitad [38,9% (7)], del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización en estudio fueron de profesión Enfermero(a). Solo el 5,6%(1) de ellos tuvo profesión Médico y Odontólogo.



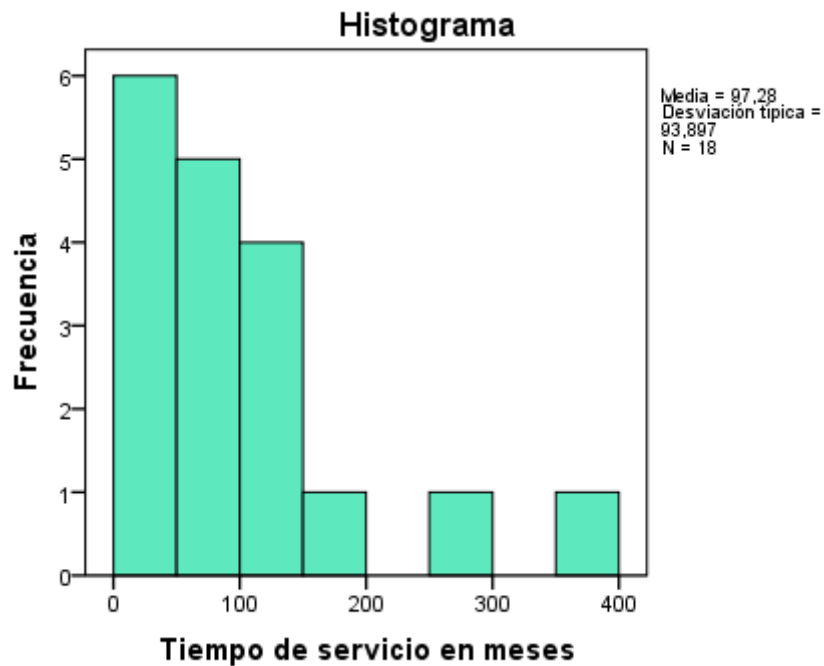
**Figura 7. Representación gráfica del cargo que desempeña el personal de salud encargado de la estrategia sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

Al identificar el cargo que desempeña el personal de salud encargado de la estrategia de sectorización en estudio, se apreció que la mitad de ellos [50% (9)], refirieron tener el cargo de asistencial en el establecimiento de salud que labora. Mientras que la quinta parte de ellos [22% (4)], tenían el cargo de Jefe de establecimiento de salud y encargado de Promoción de la salud.



**Figura 8. Representación gráfica del nivel de establecimiento de salud que labora el personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

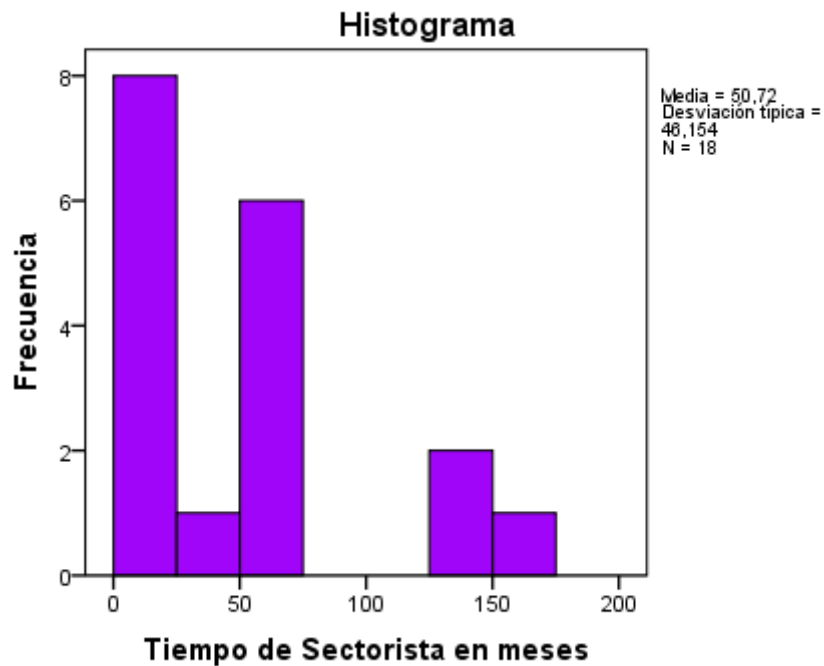
En la figura 8 se observa que más de la mitad [55,6% (10)], del personal de salud encargados de la estrategia de sectorización manifestaron laborar en el nivel I-2 de categorías para establecimientos de salud de atención primaria.



**Figura 9. Representación gráfica del tiempo de servicio en meses del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 9 se observa el mayor número de tiempo de servicio [61% (11)], del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización en estudio tuvieron un tiempo de servicio de 0 a 100 meses; seguidos de la quinta parte de ellos tenía de 100 meses a 150 meses [22,2% (4)] de tiempo de servicio.





**Figura 10. Representación gráfica del tiempo de sectorista en meses del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 10 se observa que cerca de la mitad [44% (8)], del personal de salud encargado de la estrategia de sectorización en estudio tuvieron tiempo de sectorista de 0 a 25 meses; seguidos de la tercera parte de ellos [33% (6)], tenía de 50 meses a 75 meses de sectorista.

## B. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.

**Tabla 7. Características sociales de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Características Sociales	n = 18	
	Nº	%
<b>Ocupación</b>		
Agricultura	16	89
Su casa	02	11
<b>Grado de estudios</b>		
Primaria	12	67
Secundaria	06	33
<b>Exonerado de faenas comunales</b>		
Si	00	0
No	18	100

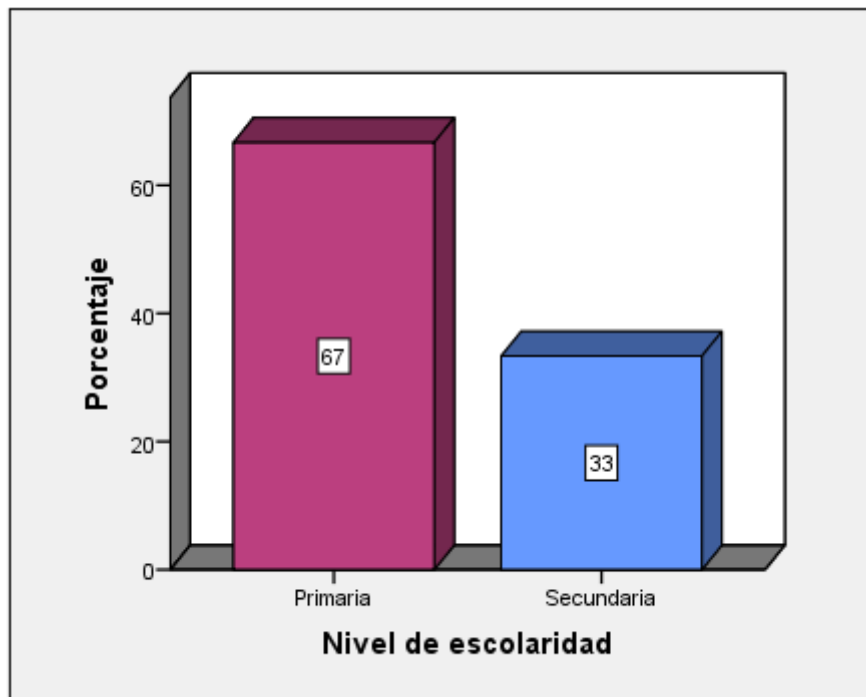
Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 2)

En la tabla 7, muestra las características sociales del agente comunitario de salud, se apreció respecto a la ocupación que la mayoría de ellos 89% (16) tenía una ocupación en la agricultura. En relación al grado de estudios se identificó que 67% (12), tuvieron un grado de estudios de primaria. Por último se evidenció que en su totalidad [100% (18)], los Agentes comunitarios de salud no fueron exonerados de faenas comunales.



**Figura 11. Representación gráfica de ocupación de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 11, se observa que los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización tuvieron en su mayoría [89% (16)], ocupación agricultor(a) y una novena parte de la muestra en estudio [11% (2)], refirieron ocupación su casa.



**Figura 12. Representación gráfica del nivel de escolaridad de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 12 se aprecia que más de la mitad [67% (12)], de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización en estudio tuvieron un nivel de escolaridad primaria, mientras que un tercio de ellos [33% (6)], refirieron nivel de escolaridad secundaria.

**Tabla 8. Datos informativos de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Datos informativos	n = 18	
	N°	%
<b>Beneficiario de programa social</b>		
Si	18	100
No	00	0
<b>Programa Juntos</b>		
Si	18	100
No	0	0
<b>Pensión 65</b>		
Si	0	0
No	18	100
<b>Cuna mas</b>		
Si	0	0
No	18	100
<b>Qali warma</b>		
Si	09	50
No	09	50
<b>Foncodes</b>		
Si	00	0
No	18	100
<b>Vaso de leche</b>		
Si	05	28
No	13	72
<b>Seguro Integral de Salud</b>		
Si	18	100
No	0	0
<b>Credencial de Agente Comunitario, actualizado.</b>		
Si	0	0
No	18	100
<b>Tiempo (en años) que participa en su comunidad</b>		
1 año	1	6
2 años	2	11
3 años	7	39
4 años	6	33
5 años	1	6
6 años	1	6
<b>Familias a su cargo</b>		
8 – 15	07	39
15 – 22	07	39
22 – 29	03	17
36 – 43	01	6

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio. (anexo 2)

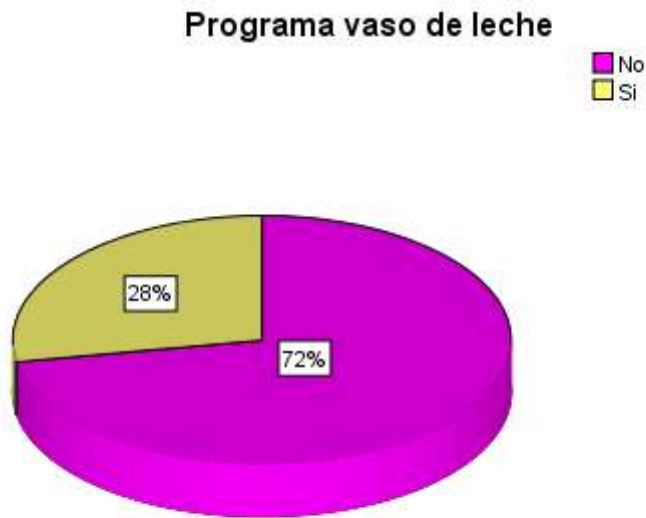
Respecto a los datos informativos de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la estrategia de sectorización, se observó que 100% (18) refirieron ser beneficiario de algún programa social del gobierno; el

programa juntos fue en su totalidad [100% (18)] beneficiario por la muestra en estudio y los programas sociales de gobierno que no fueron beneficiarios en su totalidad la muestra en estudio [100% (18)] fueron: Pensión 65, Cuna más y Foncodes; la mitad [50% (9)], de ellos fue beneficiario del programa social Qali warma del gobierno; seguido de un cuarto [28% (5)], que fue beneficiario del programa vaso de leche. Respecto al seguro integral de salud 100% (18), de ellos afirmaron tener dicho seguro. En relación al credencial de Agente comunitario de salud en su totalidad [100% (18)], la muestra en estudio, refirieron no tener credencial actualizado. El tiempo en años en la que participa en su comunidad el Agente comunitario de salud fue en promedio de 3 años de participación. Por último el promedio de familias a su cargo del Agente Comunitario fue de 17 familias.



**Figura 13. Representación gráfica de beneficiario de programa Qali warma por los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

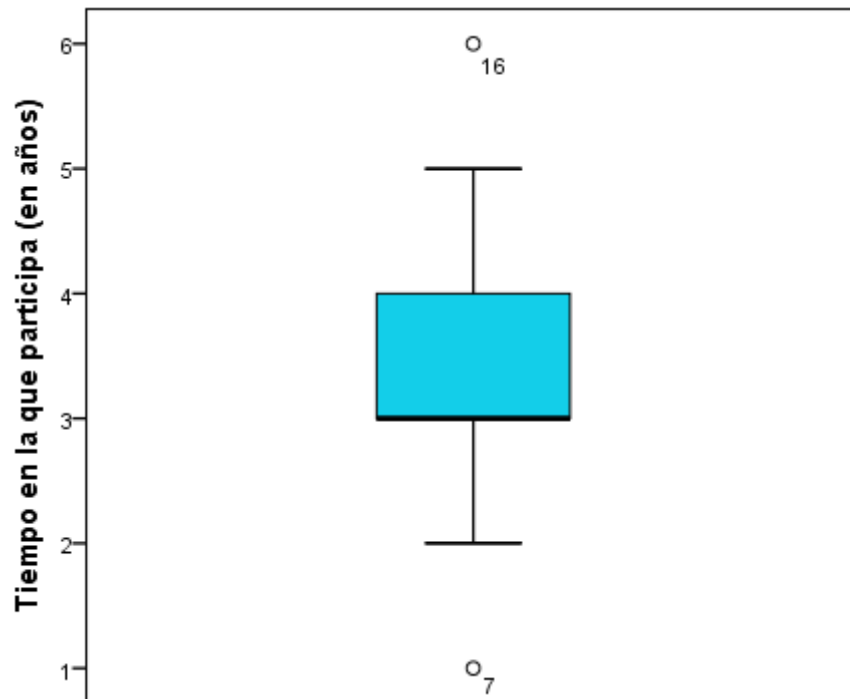
En la gráfica 13, se observa que la mitad [50% (9)], de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización en estudio, fueron beneficiarios del programa social Qali warma, del gobierno.



**Figura 14. Representación gráfica de beneficiario de programa Foncodes por los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

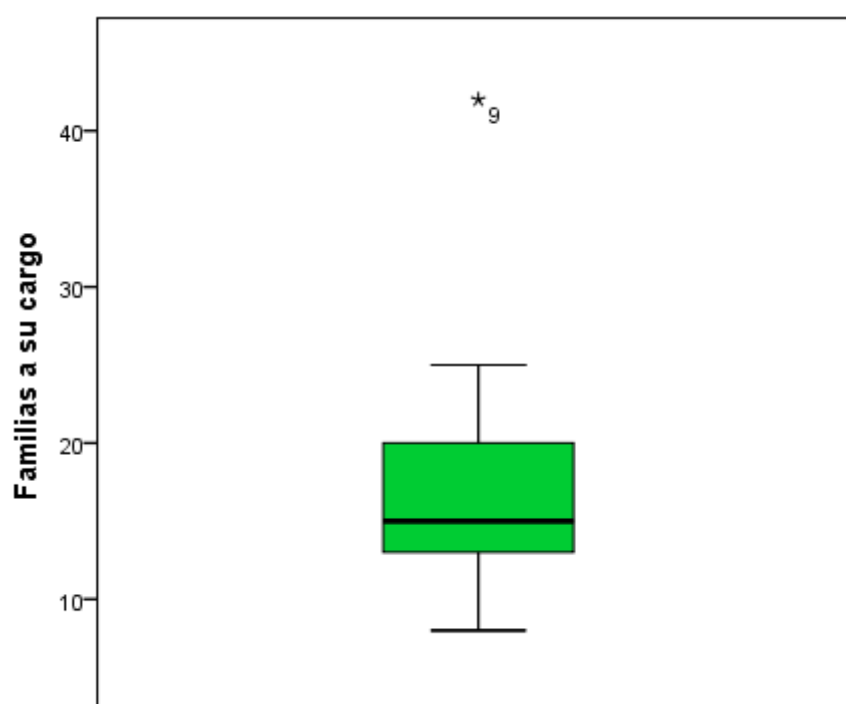
En la gráfica 13, se observa que más de la mitad [72% (13)], de los Agentes Comunitarios de salud que participan en la estrategia de sectorización en estudio, fueron beneficiarios del programa social vaso de leche.





**Figura 15. Representación gráfica del tiempo en la que participa en su comunidad los Agentes Comunitarios de salud en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

La figura 15, que representa el tiempo que participa en su comunidad los Agentes comunitarios de salud en estudio, se observó que la mediana fue 3,00 años, cuya línea se ubica en el borde de la parte inferior de la caja. El tiempo promedio que participa en su comunidad fue de 3,39 años, con una DE 1,145; y el tiempo en la que participa que mayormente se repitió fue de 3 años; siendo el tiempo en la que participa mínimo 1 año y el máximo 6 años.



**Figura 16. Representación gráfica de las familias a su cargo de los Agentes Comunitarios de salud en la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

La figura 16, que representa las familias a su cargo de los Agentes comunitarios de salud en estudio, se observó que la mediana fue 15,00 familias, cuya línea se ubica en la parte inferior de la caja. El tiempo promedio de familias a su cargo fue de 17,44 familias, con una DE 7,846; y las familias a su cargo que mayormente se repitió fueron de 15 familias; siendo el número de familias a su cargo el mínimo 8 familias y el máximo 42 familias.

#### 4.1.2 Resultados descriptivos de la aplicación de las fases de la estrategia de sectorización.

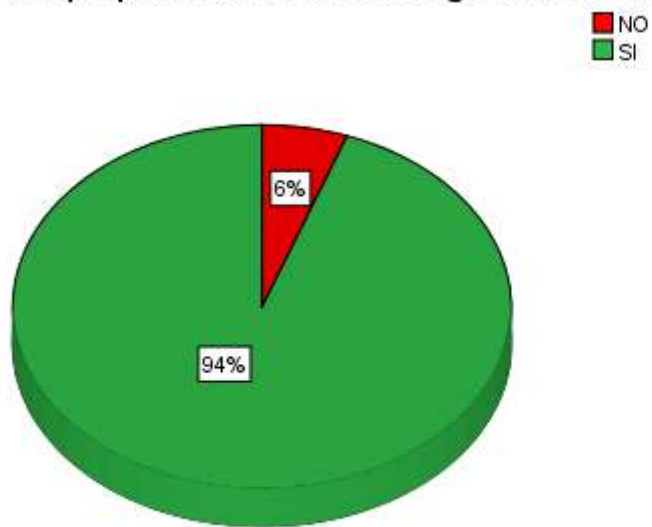
##### A. para el personal de salud

**Tabla 9. Frecuencias de la fase preparatoria de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la estrategia de sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase preparatoria	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Recibió capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) y la estrategia de Sectorización.	14	78	04	22
La implementación de la estrategia de Sectorización está adecuada de acuerdo a su realidad local de su establecimiento de Salud.	16	89	02	11
El equipo o Comité de gestión de la Red o Microred apoya a los equipos de gestión de su establecimiento de salud en la aplicación de una autoevaluación de su organización y gestión	09	50	09	50
Se seleccionó y se asignó formalmente las funciones a la persona o unidad responsable de la estrategia de Sectorización en el establecimiento de salud.	17	94	01	6
El equipo o comité de gestión de la Red o Microred capacitó a los Tutores de Promoción de la Salud y Nutrición Materno, Neonatal e Infantil.	14	78	04	22

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3)

En la tabla 9 se evidencia la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase preparatoria, por el personal de salud encargado de la sectorización, en la cual 94% (17) han sido asignados formalmente sus funciones y responsabilidades de la estrategia de Sectorización en el establecimiento de salud. A diferencia de un 22% (4) de ellos, que no han recibido capacitación en el modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad (MAIS-BFC) y la estrategia de sectorización. También un 22% (4) manifestaron no haber recibido capacitación por los Tutores de promoción de la salud y nutrición materno, neonatal e infantil.

**Fase preparatoria de la estrategia de sectorizacion**

**Figura 17. Representación gráfica de la fase preparatoria de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

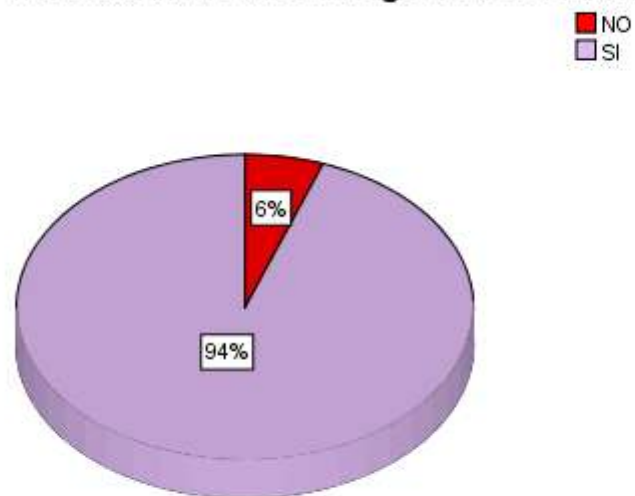
En la figura 17 se observa que cerca del total [94% (17)], del personal de salud en estudio, sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase preparatoria.

**Tabla 10. Frecuencias de la fase inicial de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase Inicial	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Todo el personal de su establecimiento ha sido capacitado con la “guía metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”	08	44	10	56
Están Identificados y demarcados los sectores del ámbito de su establecimiento de salud.	18	100	00	0
Están categorizadas por riesgo los sectores	16	89	02	11
Tiene elaborado el mapa de sectorización de su establecimiento	18	100	00	0
Tiene generado/adaptado, validado, y reproducido los instrumentos para asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral y la vigilancia y educación para el cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil.	10	56	08	44
Capacita al personal de salud de su establecimiento, sobre las responsabilidades y funciones del personal sectorista; así como el uso de materiales e instrumentos.	13	72	05	28
Está designado como sectorista mediante un proceso participativo y tiene asignación formal de sus funciones	13	72	05	28
Ha sido presentado formalmente como sectorista a la junta vecinal o autoridades de su sector o comunidad.	16	89	02	11
Eligió o ratificó a los agentes comunitarios de salud en cada sector.	16	89	02	11

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3)

En relación a la fase inicial de aplicación de la estrategia de sectorización para el personal de salud encargado de la sectorización en estudio, se observó que 100% (18) refirieron estar identificados y demarcados los sectores del ámbito de su establecimiento de salud, también el total [100% (18)], de la muestra en estudio manifestaron tener elaborado el mapa de sectorización de su establecimiento. A diferencia de 56% (10) refirieron no haber sido capacitado con la “guía metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”.

**Fase Inicial de la estrategia de sectorización**

**Figura 18. Representación gráfica de la fase inicial de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 18, se aprecia que el 94% (17), del personal de salud en estudio sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase inicial

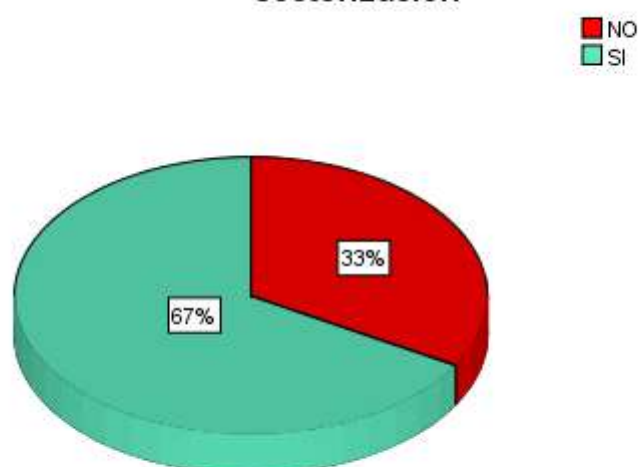
**Tabla 11. Frecuencias de la fase de implementación de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase de implementación	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Capacita mensualmente a los Agentes Comunitarios de Salud, (ACS) en los cinco módulos del manual del ACS-MINSA.	10	56	08	44
Tiene Implementado el Sistema de Vigilancia Comunitaria de Salud y Nutrición Materno-Infantil	13	72	05	28
Tiene elaborado el plan de trabajo comunal (recogida atreves de la ficha de autodiagnóstico familiar)	07	39	11	61
Está Implementado la sala situacional con información por sectores.	11	61	07	39
Entregó un Paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo (gestantes y niños menores de dos años)	15	83	03	17
Tiene implementado un sistema de admisión Integral	13	72	05	28
Esta publicado en un lugar visible el cronograma mensual de trabajo comunitario.	14	78	04	22

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3)

En la tabla 11 se indica la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación para el personal de salud encargado de la sectorización, en la cual 83% (15) manifestaron haber entregado un paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo (gestantes y niños menores de dos años). Mientras que 61% (11) refirieron no tener elaborado el plan de trabajo comunal (recogida atreves de la ficha de autodiagnóstico familiar)

### Fase de implementación de la estrategia de sectorización



**Figura 19. Representación gráfica de la fase de implementación de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 19, se observa que más de la mitad [67% (12)], de la muestra en estudio sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de implementación; mientras que un tercio [33% (6)], de ellos no aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de implementación.



**Tabla 12. Frecuencias de la fase de Seguimiento monitoreo y evaluación de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase de Seguimiento monitoreo y evaluación	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Realiza visitas a la comunidad y reuniones con agentes comunitarios de salud durante el mes.	17	94	01	6
Cuenta con un croquis de su sector en el establecimiento de salud (en A4).	12	67	06	33
Ha entregado la información de la población actualizada y por grupos etarios de su Sector asignado al Jefe del EESS.	13	72	05	28
Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención integral del niño de su sector.	18	100	00	0
Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención integral de la mujer de su Sector.	17	94	01	6
Asiste a las capacitaciones programadas en el Establecimiento de salud.	17	94	01	6
Ha entregado información de la relación de Agentes comunitarios de salud, dirigentes comunales y organizaciones de base al responsable de promoción de la salud.	15	83	03	17
Cumple con ejecutar los capacitaciones de los Agentes comunitarios de salud que le fueron asignadas	14	78	04	22
cumple con ejecutar los capacitaciones al personal de salud que le fueron asignadas	12	67	06	33
Personal de admisión tiene ordenado las historias clínicas familiares de su sector asignado por familia y riesgo, en el área de admisión.	15	83	03	17
Asiste a las reuniones trimestrales programadas por el Establecimiento de salud.	13	72	05	28
Brinda acompañamiento a Agente comunitario de salud, haciendo uso de los formatos respectivos.	14	78	04	22
Se cuenta con un plan de trabajo comunal (PTC).	10	56	08	44
Se ha conformado el comité de desarrollo comunal.	06	33	12	67
En la Comunidad se realizan reuniones bimensuales para tratar temas de desarrollo comunal.	13	72	05	28
La Comunidad cuenta con un croquis de toda la Comunidad	08	44	10	56
La Comunidad cuenta con un censo actualizado.	15	83	03	17

Los Agentes comunitarios de salud de su sector asisten a la capacitación en el Establecimiento de salud.	15	83	03	17
Cuando visita la comunidad brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre los módulos para el agente comunitario de salud- Minsa	15	83	03	17
Brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre mensajes claves sobre alimentación infantil	16	89	02	11
En la Comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.	15	83	03	17
En la Comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.	16	89	02	11

---

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3)

En la tabla 12 se muestra la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de Seguimiento monitoreo y evaluación para el personal de salud encargado de la sectorización, obteniendo que 100% (18) refirieron tener actualizado el registro de seguimiento de la atención integral del niño de su sector, seguidos de 94% (17) que si refirieron realiza visitas a la comunidad y reuniones con agentes comunitarios de salud durante el mes; 94% (17) también afirmaron mantener actualizado el registro de seguimiento de la atención integral de la mujer de su Sector; a sí mismo 94% (17) manifestaron asistir a las capacitaciones programadas en el Establecimiento de salud. Mientras el 67% (12) refirieron no haber conformado el comité de desarrollo comunal.



**Figura 20. Representación gráfica de la fase de Seguimiento monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 20, se observa que cerca del total [94% (17)], del personal de salud en estudio si aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento monitoreo y evaluación.

**Tabla 13. Fases de aplicación de la estrategia de sectorización por el personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fases de aplicación de la estrategia de sectorización	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Fase preparatoria	17	94	01	6
Fase Inicial	17	94	01	6
Fase de implementación	12	67	06	33
Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación	17	94	01	6

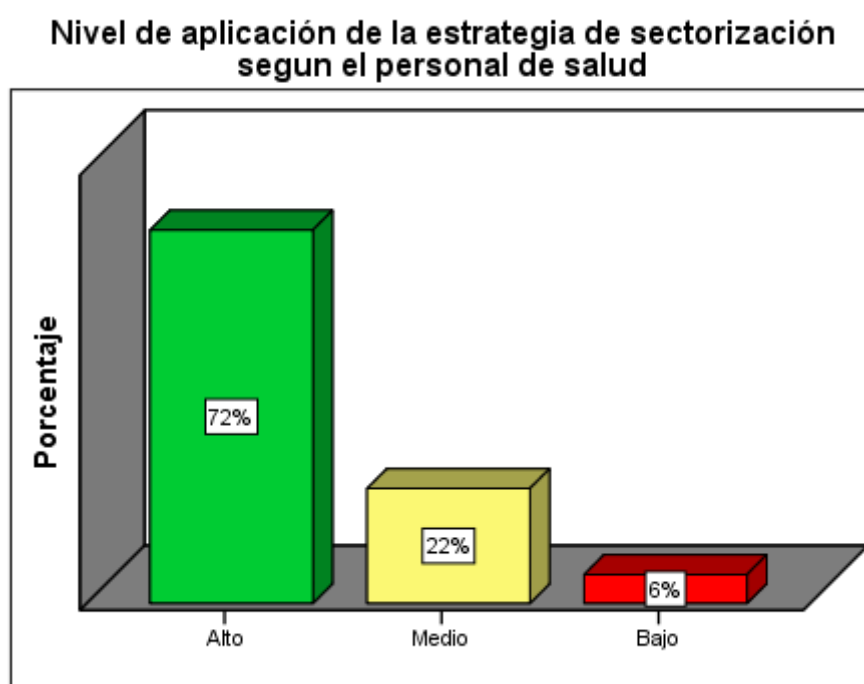
Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3)

En la tabla 13 se evidencia la aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el personal de salud encargado de la sectorización según fases, se aprecia que 94% (17) de la muestra en estudio si aplican la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, en la fase preparatoria, fase inicial, fase de seguimiento monitoreo y evaluación. Mientras que 67% (12) de ellos aplican la estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase de implementación a diferencia de 33% (6) de ellos, no aplican la estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase de implementación.

**Tabla 14. Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción del personal de salud encargado de la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación	n = 18	
	N°	%
Alto	13	72
Medio	4	22
Bajo	1	6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (anexo 3)



**Figura 21. Representación gráfica del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el personal de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 14 y figura 21, se aprecia que más de la mitad del personal de salud encargado de la sectorización en estudio [72% (13)] demostró alto nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud. Seguido de un cuarto de la muestra en estudio [22% (4)], evidenció un nivel medio de

aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud. Frente a una proporción de 6% (1) que demostró un bajo nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud.

#### **B. Para el Agente Comunitario de salud.**

**Tabla N°15 Frecuencias de la fase inicial de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

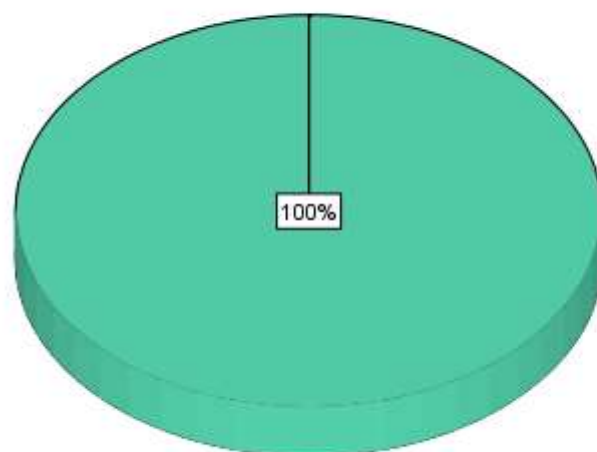
Fase inicial	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Fue elegido democráticamente por la comunidad	18	100	0	0
Usted se presentó ante las autoridades y miembros de su comunidad	16	89	02	11
Fue capacitado en los cinco módulos del agente comunitario de salud – MINSA	17	94	01	6
Fue capacitado sobre el uso del manual del agente comunitario de salud, como: rota folios, guías de orientación para el agente comunitario, formatos de referencia, etc.	18	100	0	0
Cuenta con sellos de agente comunitario de salud	0	0	18	100

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 4)

En la tabla 15 se observa la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase inicial por el Agente comunitario de salud en estudio, en la cual 100% (18) fueron elegidos democráticamente por la comunidad y fueron capacitados sobre el uso del manual del agente comunitario de salud, como: rotafolios, guías de orientación para el agente comunitario, formatos de referencia, etc. A diferencia de 100% (18), de ellos refirieron no tener sellos de agente comunitario de salud.

**Fase inicial de la estrategia de sectorización**

■ Si



**Figura 22. Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase inicial por los Agentes Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 22, se observa que en su totalidad [100% (18)], de los Agentes comunitarios en estudio, sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase inicial.

**Tabla N°16 Frecuencias de la fase de implementación de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

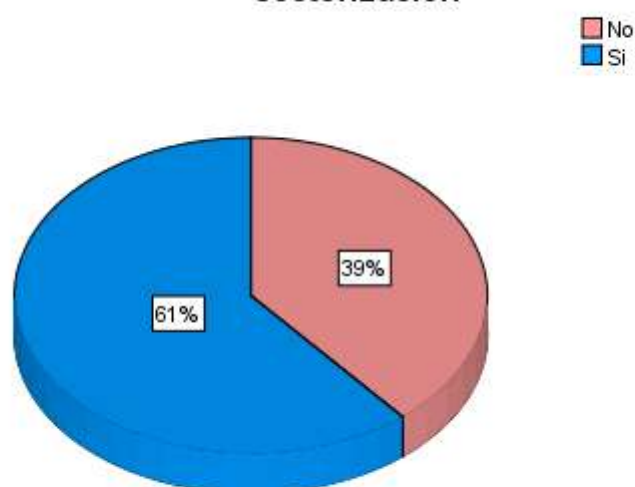
Fase de implementación	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Asiste a la Capacitación en el Establecimiento de salud	18	0	0	0
Tiene implementado el sistema de vigilancia comunal	09	50	09	50
Participó en la elaboración del plan de trabajo comunal	09	50	09	50
Cuenta con un Paquete de Herramientas (censo, croquis, boletas de referencia comunal, Guía de Orientación a los Agentes comunitarios, etc).	12	67	06	33
Tiene una carpeta donde se guardan o archivan los formatos y actividades.	03	17	15	83

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 4)

En la tabla 16 se evidencia la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación por el A gente comunitario de salud en estudio, en la cual el 100% (18), manifestaron asistir a la Capacitación en el Establecimiento de salud. A diferencia de 83% (15) de la muestra en estudio, refirieron no tener una carpeta donde se guardan o archivan los formatos y actividades.



### Fase de implementación de la estrategia de sectorización



**Figura 23. Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación por los Agentes Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 23, se evidencia que más de la mitad [61% (11)], de la muestra en estudio sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de implementación; mientras que más de un tercio [39% (7)], de ellos no aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de implementación.

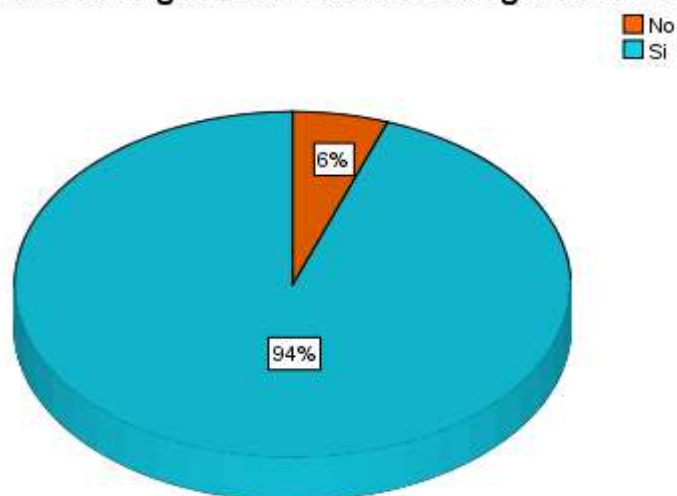
**Tabla N°17 Frecuencias de la fase de seguimiento de aplicación de la estrategia de sectorización de los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase de Seguimiento	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Tiene un censo comunal actualizado de su "sector comunal".	10	56	08	44
Tiene su croquis comunal actualizado, de su respectivo "sector comunal".	08	44	10	56
Las viviendas de su Sector están numeradas.	02	11	16	89
Realiza referencias de la comunidad al establecimiento de salud.	18	100	0	0
Se ha conformado el comité de evacuación de emergencias.	15	83	03	17
Aplica el Plan de Parto en las gestantes	14	78	04	22
Notifica los nacimientos y defunciones.	18	100	0	0
entrega información en cada salida o actividad que realiza en la comunidad al sectorista del establecimiento de salud	13	72	05	28
realiza el seguimiento / consejería a las gestantes y puérperas	18	100	0	0
Realiza el seguimiento / consejería a las madres y niños.	17	94	01	6
Se ha realizado las sesiones demostrativas en la Comunidad al menos 1 vez cada seis meses.	10	56	08	44
Brinda educación y consejería individual a las familias en su sector, priorizando aquellas con gestantes y niños menores de tres años de edad, a través de visitas domiciliarias mensuales, empleando el material educativo entregado por el establecimiento de salud para dicha finalidad.	18	100	0	0
Ayuda a las familias al correcto cumplimiento de las indicaciones médicas en domicilio.	16	89	02	11
En su comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.	16	89	02	11
En su comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.	15	83	03	17

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 4)

En la tabla 17 se demuestra la aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento por el A gente comunitario de salud

en estudio, se observó que 100% (18) de la muestra en estudio, sí realizaron referencias de la comunidad al establecimiento de salud, sí notificaron los nacimientos y defunciones, sí realizaron el seguimiento / consejería a las gestantes y puérperas, sí brindaron educación y consejería individual a las familias en su sector, priorizando aquellas con gestantes y niños menores de tres años de edad, a través de visitas domiciliarias mensuales, empleando el material educativo entregado por el establecimiento de salud para dicha finalidad. A diferencia de 89% (16) de ellos, refirieron no tener las viviendas de su Sector numeradas, seguidos de 56% (10) de la muestra en estudio, no tuvieron su croquis comunal actualizado, de su respectivo “sector comunal”.

**Fase de seguimiento de la estrategia de sectorización**

**Figura 24. Representación gráfica de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento por los Agentes Comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

En la figura 24, se observa que cerca del total [94% (17)], de los Agentes Comunitarios de salud en estudio, sí aplicaron la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento.

**Tabla N°18: Frecuencias de las fases de aplicación de la estrategia de sectorización por los Agentes Comunitarios de salud, que participan en la sectorización de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Fase de aplicación de la estrategia de sectorización	n=18			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Fase Inicial	18	100	0	0
Fase de implementación	11	61	07	39
Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación	17	94	01	6

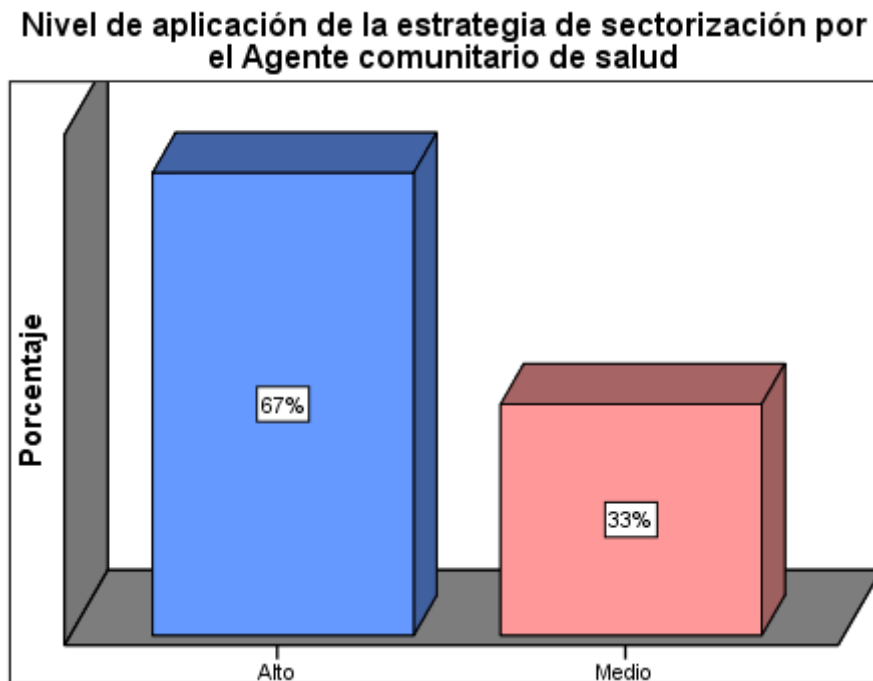
Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 4)

En la tabla 18 se evidencia la aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el Agente comunitario de salud que participa en la sectorización según fases, se aprecia que 100% (18) de la muestra en estudio sí aplicaron la estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase inicial; seguidos de un 94% (17), de la muestra en estudio que sí aplicaron la estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase de seguimiento, monitoreo y evaluación; mientras que un 39% (7) de ellos, no aplicaron la estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase de implementación.

**Tabla N°19: Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción de los Agentes comunitarios de salud de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación.	n = 18	
	N°	%
Alto	12	67
Medio	06	33
Bajo	0	0

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (anexo 4)



**Figura 25. Representación gráfica del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, por el Agente comunitario de salud de los establecimientos de la Red de salud Huánuco – 2014.**

De modo global y de manera descriptiva en la tabla 19 y figura 25 se evidencia que más de la mitad [67% (12)], de los agentes comunitarios que participaron en la estrategia de sectorización demostró alto nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud; seguido de 33% (6), de la muestra en estudio, evidenció un nivel medio de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud.

## 4.2 RESULTADOS INFERENCIALES

**Tabla 20. Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase preparatoria en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación fase preparatoria	% Observado	% de comparación	n = 18	
			Prueba de bondad de ajuste	Valor p (significancia)
<b>Si</b>	94	50	14,2	0,00
<b>No</b>	6	50		

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3 y 4)

El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, es superior a un 50% de avance en la fase preparatoria según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_{01}$ ) y se acepta la hipótesis de investigación ( $H_{a1}$ ).

**Tabla 21. Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase inicial en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación fase inicial	% Observado	% de comparación	n = 36	
			Prueba de bondad de ajuste	Valor p (significancia)
Si	97	70	12,7	0,00
No	3	30		

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3 y 4)

El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud es superior a un 70% de avance en la fase inicial según la muestra en estudio (personal de salud y Agente comunitario de salud), de los establecimientos de la Red de salud Huánuco en el 2014. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_{02}$ ) y se acepta la hipótesis de investigación ( $H_{a2}$ ).

**Tabla 22. Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de implementación en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación fase de implementación	% Observado	% de comparación	n = 36	
			Prueba de bondad de ajuste	Valor p (significancia)
Si	64	80	5,840	0,016
No	36	20		

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3 y 4)

El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud es superior a un 80% de avance en la fase de implementación, según la muestra en estudio (personal de salud y Agente comunitario de salud), de los establecimientos de salud de la Red de salud Huánuco en el 2014. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_{03}$ ) y se acepta la hipótesis de investigación ( $H_{a3}$ ).



**Tabla 23. Comparaciones de proporciones del nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase de seguimiento, monitoreo y evaluación en la promoción de la salud, según percepción de la muestra en estudio de los establecimientos de la Red de Salud Huánuco – 2014.**

Nivel de aplicación fase seguimiento, monitoreo y evaluación	% Observado	% de comparación	n = 36	
			Prueba de bondad de ajuste	Valor p (significancia)
<b>Si</b>	94	80	4,694	0,030
<b>No</b>	6	20		

Fuente: Escala de aplicación de la estrategia de sectorización. (Anexo 3 y 4)

El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud es superior a un 80% de avance en la fase de seguimiento, monitoreo y evaluación, según la muestra en estudio (personal de salud y Agente comunitario de salud), de los establecimientos de salud de la Red de salud Huánuco en el 2014. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula ( $H_{04}$ ) y se acepta la hipótesis de investigación ( $H_{a4}$ ).

## **CAPÍTULO V**

### **5. DISCUSIÓN**

#### **5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

En la presente investigación relacionado al nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud según percepción de los actores sociales (personal de salud encargado de la sectorización y Agente comunitario de salud) de los establecimientos de la red de salud Huánuco para su validez interna se usó instrumentos válidos y confiables, los cuales fueron validados por 11 jueces, en el proceso de recolección de datos se incluyeron al personal de salud que acepte firmar el consentimiento informado, encargados de la sectorización, encargados de Promoción de la Salud; se excluyeron a los que se encuentren laborando en el segundo nivel de atención de salud. En el caso del Agente Comunitario se incluyeron a los que acepten firmar el consentimiento informado, los más activos, al Agente Comunitario líder; se excluyeron a los que no acepten firmar el consentimiento informado y a los que no estén presentes en el momento de la encuesta. Para la comprobación de las hipótesis se realizó la prueba no paramétrica  $\chi^2$  con bondad de ajuste para una variable. Los resultados de la presente investigación tienen validez externa ya que pueden generalizarse a

otros contextos del ámbito nacional e internacional para que apliquen la sectorización en los servicios de atención primaria.

Los resultados presentados muestran que el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud según percepción de los actores sociales (personal de salud encargado de la sectorización y Agente comunitario de salud), en la fase preparatoria fue superior a un 50% de avance, en la fase inicial superior a un 70% de avance, en la fase de implementación superior a un 80% de avance y en la fase de seguimiento monitoreo y evaluación fue superior a un 80% de avance. Esto hace suponer la buena labor en el trabajo extramural que viene realizando el personal de salud con apoyo del Agente Comunitario de salud o la falta de sinceridad al momento de responder el cuestionario.

Las limitaciones en el presente estudio fueron accesibilidad, costo y tiempo en la recolección de datos; el cual fue superado con propio recurso económico del investigador, con voluntad y dedicación. Por lo que se sugiere para posteriores investigaciones un estudio con enfoque cualitativo o aplicar una lista de chequeo y de esa manera profundizar en más pruebas estadísticas. A pesar de las limitaciones que existen el estudio cumple la función de generar otras investigaciones de intervención con diferentes alternativas de solución que permitan a posteriori optar por las mejores decisiones basados en evidencia científica más sólida

Algunos establecimientos de salud se encuentran distantes de la Red de salud Huánuco, por lo que no se llegó a cubrir en su totalidad los establecimientos de salud, asimismo por el costo debido a que los gastos

fueron solventados por el investigador, igualmente el tiempo por lo que si se aplicaba una lista de chequeo la investigación y los resultados hubiese sido a largo plazo. Los resultados se pueden generalizar con otros establecimientos de salud que tengan las mismas características. También pueden ser aplicados a otros campos.

Por otro lado no hubo investigaciones que abordaron el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud; sin embargo existen documentos técnicos, decretos supremos, manual, Guías, de sectorización como la Guía metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad elaborado por Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas<sup>75</sup> en Huánuco - 2012, quienes reconocieron que las nuevas reformas como la cogestión y participación ciudadana en los establecimientos del primer nivel de atención han introducido cambios significativos en el sistema de salud peruano que, en esencia, reconocen el derecho de las personas, familias, y comunidades más pobres del país a una atención integral, equitativa, y con garantías explícitas de calidad y oportunidad a través de la estrategia de sectorización.

Asimismo el Ministerio de Salud. Perú<sup>76</sup> en un documento técnico, “Modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad” en el marco de la atención integral de la salud la sectorización tiene por finalidad mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud

Por otra parte Adler, Stewart<sup>77</sup> en la OMS en un Informe sobre la salud en el mundo - 2008. Opina a la atención primaria de salud como el

derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad, considerando la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

En el manual “modelo de atención en salud” elaborado por la DIRESA Cajamarca<sup>78</sup> en 1997. Los resultados esperados respecto al trabajo extramural y sectorización fueron: mejora de las coberturas, atención de calidad, mejora de la oferta de los servicios, mejora de los ingresos de los establecimientos, mejora para los trabajadores de salud.

No hubo antecedentes de investigación sobre la temática que se viene abordando, lo cual los resultados del estudio serán válidos para futuras investigaciones.

## **CONCLUSIONES**

El presente estudio concluye:

1. Que el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, fue superior a un 50% de avance en la fase preparatoria según percepción de los actores sociales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014.
2. El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud fue superior a un 70% de avance en la fase inicial según la muestra en estudio.
3. La muestra en estudio aplicó superior a un 80% de avance la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase de implementación.
4. La muestra en estudio, realizó seguimiento, monitoreo y evaluación superior a un 80% de avance de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud.

## **RECOMENDACIONES**

1. En el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la fase preparatoria las Redes o Micro redes de salud apoyar a los equipos de gestión de los establecimientos de salud en la autoevaluación de su organización y gestión.
2. En el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización capacitar a todo el personal del establecimiento de salud, en la fase inicial, con la “guía metodológica para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”. También al Agente Comunitario de salud motivar brindándoles credenciales y sellos para su identificación como estrategia de motivación.
3. En el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización todos los establecimientos de salud deben elaborar su plan de trabajo comunal, en la fase de implementación, con participación de los Agentes Comunitarios de salud; que tengan implementados la sala situacional con información por sectores.
4. Los establecimientos de salud deben proporcionar una carpeta/ archivador donde se guardan los formatos y actividades de los Agentes Comunitarios de salud.
5. En el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización fase de seguimiento monitoreo y evaluación; todos los establecimientos de salud que brinden atención primaria de salud deben garantizar sostenibilidad a la aplicación de la estrategia de sectorización en la

promoción de la salud. Asimismo reforzar y fortalecer los conocimientos de los Agentes Comunitarios de salud.

6. A las instituciones de salud encargadas de normativizar y difundir las guías, normas, resoluciones etc. Hacer un monitoreo permanente proporcionar asistencia técnica a todos los establecimientos de nivel I, de esa manera dar sostenibilidad a la estrategia de sectorización.
7. A las Autoridades de la Universidad de Huánuco y muy en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, fortalecer en su plan de estudios y dar más énfasis a temas de investigación relacionados a la Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.
8. A las instituciones competentes de la Región Huánuco, encargadas de contratar recursos humanos para la atención de salud en el primer nivel de atención garantizar la permanencia y capacitación del personal de salud para dar sostenibilidad a la estrategia de sectorización.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vasquez A, Talenas Rojas D. Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la Promoción de la Salud en Cogestión con la Comunidad, Hecho el Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2012-05133, Editores S.A.C; 2012 p11
2. “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.” Aprobado con Resolución Ministerial 111-2005/MINSA. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
3. “Programa de Municipios y Comunidades Saludables.” Aprobado con Resolución Ministerial 457-2005/MINSA. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
4. “Documento Técnico: Programa de Familias y Viviendas Saludables.” Aprobado con Resolución Ministerial 402-2006/MINSA. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
5. “Documento Técnico: Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil” Aprobado con Resolución Ministerial 528-2011/MINSA. 11 julio del 2011.En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
6. “Guía de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.” Aprobado con Resolución Ministerial 729-2003/MINSA. 2004. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
7. “Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y en la Comunidad.” Aprobado con Resolución Ministerial 464-2011/MINSA, 14 Junio del 2011. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.p11
8. “Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y en la Comunidad.” Opcit.p11
9. Vargas R, Rodríguez R, Paredes F “Sistematización de la Experiencia de la Estrategia Nacional Crecer: Informe Final Preliminar.” Preparado para la Iniciativa Contra la Desnutrición Infantil. Lima, Perú. Julio 2012. En Altobelli, Cabrejos, Espejo, Vargas, Talenas.
10. Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vasquez A, Talenas Rojas D. Op.cit p12
11. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°464-2011.por el cual se resuelve aprobar el Documento técnico Modelo de atención Integral de salud basado en la familia y comunidad: Ministerio de salud. Perú. 2011.

12. "Documento Técnico: Programa de Familias y Viviendas Saludables" Op. cit.p11
13. Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vasquez A, Talenas Rojas D. Op.cit p11
14. Perú Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial 402-2006 Documento Técnico: Programa de Familias y Viviendas Saludables
15. OMS, informe 2008, La atención Primaria en Salud más necesaria que nunca, Catalogación por la Biblioteca de la OMS, p10.
16. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°464-2011.por el cual se resuelve aprobar el Documento técnico Modelo de atención Integral de salud basado en la familia y comunidad: Ministerio de salud. Perú. 2011p18
17. DIRESA Cajamarca. Manual: Modelo de Atención en salud, Se publica dentro M Convenio Multilateral Perú - Holanda - Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISABAC, 1993 – 1997.p4
18. Organización Mundial de la Salud [internet]. [Consultado may 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
19. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud familiar- ENDES 2014.p223 – 224.
20. Ibid.p 251-252.
21. Ibid.p 308-309.
22. DIRESA Cajamarca. Op.cit., p4-5
23. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. p225.
24. Ibid.p253.
25. Ibid.p247
26. Ibid. P97
27. Ibid.p312
28. DIRESA Huánuco. Boletín epidemiológico semana epidemiológica 39 (Del 04 de enero al 03 de octubre del 2015).p 2-3
29. Ibid. p 10-11.
30. Adler, Stewart. En, Organización Mundial de la Salud La atención primaria de salud, más necesaria que nunca Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p26

31. Hart T. En, Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p15
32. Starfield B. En Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p15
33. Fries JF. En Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p15.
34. Gwatkin D. En Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p10
35. Walsh, Warren. En. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p14
36. Altobelli Meier L, Cabrejos Pita J, Espejo Alayo L, Vargas Vasquez A, Talenas Rojas D. Op. Cit p11
37. Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. 2011. P16.
38. Organización Panamericana de la Salud. Op.cit, p23
39. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D. Op.cit, p15
40. Acuña Castro Y. Cortes Solís R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza. (Tesis: maestría centroamericana en administración pública).San José, Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública. Abril, 2012.p13.
41. Ibíd., P23-98
42. Suazo C, Director; Rivas J, Coordinador de atención primaria; Álvarez A, Coordinador Técnico. Martínez M, Coordinadora de Capacitación. Manual de Sectorización / Zonificación de las Unidades de Atención Primaria. República Dominicana. 2008. p15-78
43. Buenrostro Delgado O. Sectorización de las rutas de recolección de los residuos sólidos de la ciudad de Morelia, Michoacán. México.2003. p3-8
44. Ministerio de Salud. Op.cit, p13, 63
45. Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el

Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. Perú. 2011. p23-121

46. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Op. cit. p7-36

47. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D. Op.cit. P14-84

48. Informe sobre Desarrollo Humano del Perú en el año 2009 En Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. Perú. 2011. p36.

49. Decreto Supremo N° 047-2009-PCM En Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. Perú. 2011. p36.

50. Ley N° 27795, “Ley de Demarcación y Organización Territorial”. En Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. Perú. 2011. p37

51. Ministerio de Salud. Perú. Op.cit. p37

52. Ibíd. , p38

53. Peñaloza B, Del Canto P, Rojas M. en MINSA de Chile, programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral, Primera Edición: Santiago de Chile, N° de Registro de Propiedad Intelectual 232.144 ISBN 978-956-348-033-7, Agosto 2013, p92

54. Nola Pender, En Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier- Mosby; 2007.

55. Salazar L, evaluación de efectividad en promoción de la salud guía de evaluación rápida, CEDETES de la Universidad del Valle, Colombia, ISBN: 958 - 33 - 6477 – 0, 2004, p21

56. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D .Op.cit p15

57. DIRESA Cajamarca. Op.cit .p28-29

58. Suazo C, Director. Rivas J, Coordinador Álvarez A, Coordinador Técnico. Martínez M, Coordinadora de Capacitación. Op.cit p9

59. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D .Op.cit p22

60. Perú. Lima. DISA V Guía para la Implementación de la Sectorización.p5

61. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D. Op.cit.p16

62. Perú. Lima. DISA V. Op.cit p5
63. Ibíd, p5
64. Ibíd, p5
65. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D .Op.cit p15-16
66. Centro de salud Las Moras, guía metodológica de sectorización para el primer nivel de atención, p5, 6
67. Ibíd., p7.
68. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D. Op.cit. , p21-23
- 69.-Ibíd. p23-34.
70. Ibíd., p35-42
71. Ibíd. , p43
72. Ibíd., p48-50
73. Ibíd., p51-52
74. Dankhe en Hernández Sampieri C Roberto, metodología de la investigación, primera edición por McGRAW, Hill interamericana de México, S.A. de C.V. Atlacomulco 499 - 501, Fracc. Ind. San Andrés Atoto, 53500 Naucalpan de Juárez, Edo. De México Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial, Reg. Núm. 1890, año 1997, p77.
75. Altobelli L, Cabrejos J, Espejo L, Vargas A, Talenas D. Op.cit. , p11
76. Ministerio de Salud. Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°09237. Aurum Impress sac. Perú. 2011. P11
77. Adler, Stewart. En, Organización Mundial de la Salud La atención primaria de salud, más necesaria que nunca Informe sobre la salud en el mundo. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2008.p13
78. DIRESA Cajamarca. Op.cit. p35-36

**ANEXOS**

CODIGO

FECHA.../...../.....

**ANEXO 01****GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN ESTUDIO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de salud Huánuco-2014.

**INSTRUCCIONES:**

Estimado(a) personal de salud en esta oportunidad se le solicita que responda a las preguntas relacionadas con las características sociodemográficas, para lo cual se le pide que marque con un aspa (x) en el paréntesis correspondiente, su respuesta son sumamente valiosas por tanto responda con la mayor veracidad.

Gracias

**A: PARA EL PERSONAL DE SALUD ENCARGADO DE LA  
SECTORIZACIÓN:**

### I.-CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

**1.- ¿Cuántos años tiene Usted?**

.....

**2.- ¿A qué género pertenece?**

- a) Masculino ( )  
b) Femenino ( )

### II.-CARACTERISTICAS SOCIALES

**3.- ¿Cuál su estado civil?**

- a) Soltero(a) ( )  
b) Conviviente ( )  
c) Casado(a) ( )  
d) Viudo(a) ( )  
e) Divorciado(a) ( )

**4.- ¿Qué religión profesa usted?**

- a) Católico/a ( )  
b) Evangélico/a ( )  
c) Otro ( )  
Especifique.....

**5.- ¿Qué grado académico tiene Usted?**

- a) Licenciado(a) ( )

- b) Especialista ( )  
c) Magister ( )  
d) Doctor(a) ( )  
e) Ninguno ( )

### III.-CARACTERISTICAS LABORALES

**6.- ¿Cuál es su profesión?**

- a) Medico ( )  
b) Enfermera(o) ( )  
c) Obstetriz ( )  
d) Técnico de Enfermería ( )  
e) Otro ( )  
Especifique.....

**7.-¿Qué cargo desempeña en el establecimiento de salud**

- a) Jefe del establecimiento ( )  
b) Encargado de PROMSA ( )  
c) Asistencial ( )  
d) Otro ( )  
Especifique.....

**8.- ¿En qué establecimiento labora Usted?**

.....

.....

**9.-¿En qué nivel de Establecimiento de salud labora usted?**

- a) I-1 ( )  
b) I-2 ( )  
c) I-3 ( )  
d) I-4 ( )

**10.- ¿Cuánto tiempo de servicio tiene usted en dicho establecimiento de salud?**

años.....y.....meses

**11.- ¿Cuánto tiempo tiene usted como sectorista en dicho establecimiento de salud?**

.....



CODIGO

FECHA.../.../.....

**ANEXO 02****GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN ESTUDIO****B.-PARA EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (NIVEL1: EDUCADOR  
SANITARIO)**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de salud Huánuco-2014.

**INSTRUCCIONES**

Estimado(a) agente comunitario en esta oportunidad se le solicita que responda a las preguntas relacionadas con las características sociodemográficas, para lo cual se le pide que marque con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente los cuales serán sumamente valiosas por tanto responda con la mayor veracidad.

Gracias.

**I.-CARACTERISTICAS  
DEMOGRAFICAS****1.- ¿Cuál es fecha de  
nacimiento?**

.....

**2.- ¿A qué genero pertenece?**

- a) Masculino ( )  
b) Femenino ( )

**II.-CARACTERISTICAS  
SOCIALES****3.- ¿Cuál su estado civil?**

- a) Soltero(a) ( )  
b) Conviviente ( )  
c) Casado(a) ( )  
d) Viudo(a) ( )  
e) Divorciado(a) ( )

**4.- ¿Qué religión profesa usted?**

- a) Católico/a ( )  
b) Evangélico/a ( )  
c) Otro ( )  
Especifique.....

**5.- ¿A qué se dedica Usted?**

- a) Agricultura ( )  
b) Ganadería ( )  
c) Comercio ( )  
d) Otro ( )  
Especifique.....

**6.- ¿En la actualidad qué grado  
de estudios tiene Usted?**

- a) Sin estudios ( )  
b) Primaria ( )  
c) Secundaria ( )  
d) Técnico(a) ( )  
e) Superior universitario ( )

**7.-¿Usted es exonerado de faenas comunales?**

- a) Si ( )  
b) No ( )

**III.-DATOS INFORMATIVOS**

**8.- ¿Es beneficiarios(a) de programa social del gobierno?**

- a) Sí ( )  
b) No ( )

**8.1. De ser afirmativa su respuesta indique que programa:**

- a) Juntos ( )  
b) Pensión 65 ( )  
c) Cuna más ( )  
d) Qali warma ( )  
e) Foncodes ( )  
f) Programa vaso de leche ( )  
g) Programa alimentario para enfermos con tuberculosis ( )

**9.- ¿Cuenta con el seguro integral de salud?**

- a) Si ( )  
b) No ( )

**10.- ¿Cuenta Usted con credencial de Agente comunitario?**

- a) Si ( )  
b) No ( )

**11.- ¿En qué sector de la comunidad participa Usted?**

.....

**12.- ¿Hace cuánto tiempo participa Usted en su comunidad?**

.....

**13.- ¿Cuántas familias tiene Usted a su cargo?**

.....

CODIGO

FECHA.../.../.....

**ANEXO 03****ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN**

**TÍTULO DE ESTUDIO:** Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de salud Huánuco-2014.

**INSTRUCCIONES:** Estimado (a) personal de salud, encargado de la sectorización, el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la estrategia de sectorización, con el objetivo de verificar el nivel de aplicación de la estrategia en la promoción de la salud. Se agradece anticipadamente su colaboración: marque con una X en los espacios en blanco según considera pertinente

N°	A: ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD	CALIFICACION	
		SI	NO
I.-FASE PREPARATORIA			
1	Recibió capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) y la estrategia de Sectorización.		
2	La implementación de la estrategia de Sectorización está adecuada de acuerdo a su realidad local de su establecimiento de Salud.		
3	El equipo o Comité de gestión de la Red o Micro red apoya a los equipos de gestión de su establecimiento de salud en la aplicación de una autoevaluación de su organización y gestión		
4	Se seleccionó y se asignó formalmente las funciones a la persona o unidad responsable de la estrategia de Sectorización en el establecimiento de salud.		
5	El equipo o comité de gestión de la Red o Micro red capacitó a los Tutores de Promoción de la Salud y Nutrición Materno, Neonatal e Infantil.		
II.-FASE INICIAL DE LA SECTORIZACION			
6	Todo el personal de su establecimiento ha sido capacitado con la “guía metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”		
7	Están Identificados y demarcados los sectores del ámbito de su establecimiento de salud.		
8	Están categorizadas por riesgo los sectores		
9	Tiene elaborado el mapa de sectorización de su establecimiento		
10	Tiene generado/adaptado, validado, y reproducido los instrumentos para asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral y la vigilancia y educación para el cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil.		

11	Capacita al personal de salud de su establecimiento, sobre las responsabilidades y funciones del personal sectorista; así como el uso de materiales e instrumentos.		
12	Está designado como sectorista mediante un proceso participativo y tiene asignación formal de sus funciones		
13	Ha sido presentado formalmente como sectorista a la junta vecinal o autoridades de su sector o comunidad.		
14	Eligió o ratificó a los agentes comunitarios de salud en cada sector.		
<b>III.-FASE DE IMPLEMENTACION</b>			
15	Capacita mensualmente a los Agentes Comunitarios de Salud, (ACS) en los cinco módulos del manual del ACS-Minsa.		
16	Tiene Implementado el Sistema de Vigilancia Comunitaria de Salud y Nutrición Materno-Infantil		
17	Tiene elaborado el Plan de Trabajo Comunal (recogida atreves de la ficha de autodiagnóstico familiar)		
18	Está Implementado la sala situacional con información por sectores.		
19	Entregó un Paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo (gestantes y niños menores de dos años)		
20	Tiene implementado un sistema de admisión Integral		
21	Esta publicado en un lugar visible el cronograma mensual de trabajo comunitario.		
<b>IV.-FASE DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DE LA SECTORIZACIÓN.</b>			
22	Realiza visitas a la comunidad y reuniones con agentes comunitarios de salud durante el mes.		
23	Cuenta con un croquis de su sector en el establecimiento de salud (en A4).		
24	Ha entregado la información de la población actualizada y por grupos etarios de su Sector asignado al Jefe del EESS.		
25	Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención Integral del Niño de su sector.		
26	Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención integral de la mujer de su Sector.		
27	Asiste a las capacitaciones programadas en el Establecimiento de salud.		
28	Ha entregado información de la relación de Agentes comunitarios de salud, dirigentes comunales y organizaciones de base al responsable de promoción de la salud.		
29	Cumple con ejecutar los capacitaciones de los Agentes comunitarios de salud que le fueron asignadas		
30	cumple con ejecutar los capacitaciones al personal de salud que le fueron asignadas		

31	Personal de admisión tiene ordenado las historias clínicas familiares de su sector asignado por familia y riesgo, en el área de admisión.		
32	Asiste a las reuniones trimestrales programadas por el Establecimiento de salud.		
33	Brinda acompañamiento a Agente comunitario de salud, haciendo uso de los formatos respectivos.		
34	Se cuenta con un plan de trabajo comunal (PTC).		
35	Se ha conformado el Comité de Desarrollo Comunal		
36	En la Comunidad se realizan reuniones bimensuales para tratar temas de desarrollo comunal.		
37	La Comunidad cuenta con un croquis de toda la Comunidad		
38	La Comunidad cuenta con un censo actualizado.		
39	Los Agentes comunitarios de salud de su sector asisten a la capacitación en el Establecimiento de salud.		
40	Cuando visita la comunidad brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre los módulos para el agente comunitario de salud- Minsa		
41	Brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre mensajes claves sobre alimentación infantil		
42	En la Comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.		
43	En la Comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.		

CODIGO

FECHA.../.../.....

**ANEXO 04****ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN**

**TÍTULO DE ESTUDIO:** Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de salud Huánuco-2014.

**INSTRUCCIONES:** Amigo(a) Agente comunitario de salud, el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre la estrategia de sectorización, con el objetivo de verificar el nivel de aplicación de la estrategia en la promoción de la salud. Se agradece anticipadamente su colaboración: marque con una X en los espacios en blanco según considera pertinente

N°	B.- ACTIVIDADES DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	CALIFICACIÓN	
		SI	NO
<b>I.- FASE INICIAL</b>			
44	Fue elegido democráticamente por la comunidad		
45	Usted se presentó ante las autoridades y miembros de su comunidad		
46	Fue capacitado en los cinco módulos del agente comunitario de salud – Minsa		
47	Fue capacitado sobre el uso del manual del agente comunitario de salud, como: rota folios, guías de orientación para el agente comunitario, formatos de referencia, etc		
48	Cuenta con sellos de agente comunitario de salud		
<b>II.-FASE DE IMPLEMENTACION</b>			
49	Asiste a la Capacitación en el Establecimiento de salud		
50	Tiene implementado el sistema de vigilancia comunal		
51	Participó en la elaboración del plan de trabajo comunal		
52	Cuenta con un Paquete de Herramientas (censo, croquis, boletas de referencia comunal, Guía de Orientación a los Agentes comunitarios, etc).		
53	Tiene una carpeta donde se guardan o archivan los formatos y actividades.		
<b>III.- FASE DE SEGUIMIENTO</b>			
54	Tiene un censo comunal actualizado de su "sector comunal".		
55	Tiene su croquis comunal actualizado, de su respectivo "sector comunal".		
56	Las viviendas de su Sector están numeradas.		
57	Realiza referencias de la comunidad al establecimiento de salud.		

58	Se ha conformado el comité de evacuación de emergencias.		
59	Aplica el Plan de Parto en las gestantes		
60	Notifica los nacimientos y defunciones.		
61	entrega información en cada salida o actividad que realiza en la comunidad al sectorista del establecimiento de salud		
62	realiza el seguimiento / consejería a las gestantes y puérperas		
63	Realiza el seguimiento / consejería a las madres y niños.		
64	Se ha realizado las sesiones demostrativas en la Comunidad al menos 1 vez cada seis meses.		
65	Brinda educación y consejería individual a las familias en su sector, priorizando aquellas con gestantes y niños menores de tres años de edad, a través de visitas domiciliarias mensuales, empleando el material educativo entregado por el establecimiento de salud para dicha finalidad.		
66	Ayuda a las familias al correcto cumplimiento de las indicaciones médicas en domicilio.		
67	En su comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.		
68	En su comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.		

CODIGO

FECHA.../...../.....

**ANEXO 05****INSTRUMENTO CODIFICADO****ENCUESTA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO**

**TITULO DEL ESTUDIO:** Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la red de salud huánuco-2014.

**INSTRUCCIONES.**

Estimado(a) personal de salud en esta oportunidad se le solicita que responda a las preguntas relacionadas con las características sociodemográficas, para lo cual se le pide que marque con un aspa (x) en el paréntesis correspondiente, su respuesta son sumamente valiosas por tanto responda con la mayor veracidad.

Gracias

**A: PARA EL PERSONAL DE SALUD:****I.-CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS**

Especifique.....

**1.- ¿Cuántos años tiene Usted?**

.....

**2.- ¿A qué género pertenece?**

- |              |   |
|--------------|---|
| a) Masculino | 1 |
| b) Femenino  | 2 |

**5.- ¿Qué grado académico tiene Usted?**

- |                  |   |
|------------------|---|
| a) Doctor(a)     | 5 |
| b) Magister      | 4 |
| c) Especialista  | 3 |
| d) Licenciado(a) | 2 |
| e) ninguno       | 1 |

**II.-CARACTERISTICAS SOCIALES****3.- ¿Cuál su estado civil?**

- |                  |   |
|------------------|---|
| a) Soltero(a)    | 5 |
| b) Conviviente   | 4 |
| c) Casado(a)     | 3 |
| d) Viudo(a)      | 2 |
| e) Divorciado(a) | 1 |

**4.- ¿Qué religión profesa usted?**

- |                 |   |
|-----------------|---|
| a) Católico/a   | 3 |
| b) Evangélico/a | 2 |
| c) Otro         | 1 |

**III.-CARACTERISTICAS LABORALES****6.- ¿Cuál es su profesión?**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| a) Medico                | 5 |
| b) Enfermera(o)          | 4 |
| c) Obstetra              | 3 |
| d) Técnico de Enfermería | 2 |
| e) Otro                  | 1 |

Especifique.....



**7.-Qué cargo desempeña en el establecimiento de salud**

- a) Jefe del Establecimiento 4  
 b) Encargado de PROMSA 3  
 c) Asistencial 2  
 d) Otro 1  
 Especifique.....  
 .....

**8.- ¿En qué establecimiento de salud labora Usted. Mencione?**

PS.....1  
 CS.....2

**9.-¿En qué nivel de Establecimiento de salud labora usted?**

- a) I-1 1  
 b) I-2 2  
 c) I-3 3  
 d) I-4 4

**10.- ¿Cuánto tiempo de servicio tiene usted en dicho establecimiento de salud?**

.....meses

**11.- ¿Cuánto tiempo tiene usted como sectorista en dicho establecimiento de salud?****B.-PARA EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD****INSTRUCCIONES**

Estimado(a) agente comunitario en esta oportunidad se le solicita que responda a las preguntas relacionadas con las características sociodemográficas, para lo cual se le pide que marque con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente los cuales serán sumamente valiosas por tanto responda con la mayor veracidad.

Gracias.

**I.-CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS****1.- ¿Cuál es fecha de nacimiento?**

.....

**2.- ¿A qué género pertenece?**

- a) Masculino 1  
 b) Femenino 2

**II.-CARACTERISTICAS SOCIALES****3.- ¿Cuál su estado civil?**

- a) Soltero(a) 5  
 b) Conviviente 4  
 c) Casado(a) 3  
 d) Viudo(a) 2  
 e) Divorciado(a) 1

**4.- ¿Qué religión profesa usted?**

- a) Católico/a 3
- b) Evangélico/a 2
- c) Otro 1

Especifique.....

**5.- ¿A qué se dedica Usted?**

- a) Agricultura 1
- b) Ganadería 2
- c) Comercio 3
- d) Otro 4

Especifique.....

**6.- ¿Qué grado de estudios tiene Usted?**

- a) Sin estudios 1
- b) Primaria 2
- c) Secundaria 3
- d) Técnico(a) 4
- e) Superior universitario 5

**7.-¿Usted es exonerado de faenas comunales?**

- a) Si 1
- b) No 2

**III.-DATOS INFORMATIVOS****8.- ¿Es beneficiarios(a) de programa social del gobierno?**

- a) Sí 2
- b) No 1

**9.- ¿Cuenta con el seguro integral de salud?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**7.- ¿Es beneficiarios(a) de programa social del estado?**

- a) Sí 2
- b) No 1

De ser afirmativa su respuesta mencione.....

.....

**9.- ¿Cuenta con el seguro integral de salud?**

- c) Si 2
- d) No 1

**10.-¿Cuenta Usted con credencial de Agente comunitario?**

- c) Si 2
- d) No 1

**11.- ¿En qué sector de la comunidad participa Usted?****12.- ¿Hace cuánto tiempo participa Usted en su comunidad?****13.- ¿Cuántas familias tiene Usted a su cargo?**

CODIGO

FECHA.../.../.....

**ANEXO 06****INSTRUMENTO CODIFICADO****ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN**

Si 1

No 0

N°	A: ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD	CALIFICACION	
		SI	NO
I.-FASE PREPARATORIA			
1	Recibió capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) y la estrategia de Sectorización.	1	0
2	La implementación de la estrategia de Sectorización está adecuada de acuerdo a su realidad local de su establecimiento de Salud.	1	0
3	El equipo o Comité de gestión de la Red o Microred apoya a los equipos de gestión de su establecimiento de salud en la aplicación de una autoevaluación de su organización y gestión	1	0
4	Se seleccionó y se asignó formalmente las funciones a la persona o unidad responsable de la estrategia de Sectorización en el establecimiento de salud.	1	0
5	El equipo o comité de gestión de la Red o Microred capacitó a los Tutores de Promoción de la Salud y Nutrición Materno, Neonatal e Infantil.	1	0
II.-FASE INICIAL DE LA SECTORIZACION			
6	Todo el personal de su establecimiento ha sido capacitado con la “guía metodológica de la estrategia de sectorización para la promoción de la salud en cogestión con la comunidad”	1	0
7	Están Identificados y demarcados los sectores del ámbito de su establecimiento de salud.	1	0
8	Están categorizadas por riesgo los sectores	1	0
9	Tiene elaborado el mapa de sectorización de su establecimiento	1	0
10	Tiene generado/adaptado, validado, y reproducido los instrumentos para asegurar la entrega de un paquete básico de atención integral y la vigilancia y educación para el cambio de comportamientos en salud y nutrición materno-infantil.	1	0

11	Capacita al personal de salud de su establecimiento, sobre las responsabilidades y funciones del personal sectorista; así como el uso de materiales e instrumentos.	1	0
12	Está designado como sectorista mediante un proceso participativo y tiene asignación formal de sus funciones	1	0
13	Ha sido presentado formalmente como sectorista a la junta vecinal o autoridades de su sector o comunidad.	1	0
14	Eligió o ratificó a los agentes comunitarios de salud en cada sector.	1	0
<b>III.-FASE DE IMPLEMENTACION</b>			
15	Capacita mensualmente a los Agentes Comunitarios de Salud, (ACS) en los cinco módulos del manual del ACS-Minsa.	1	0
16	Tiene Implementado el Sistema de Vigilancia Comunitaria de Salud y Nutrición Materno-Infantil	1	0
17	Tiene elaborado el Plan de Trabajo Comunal (recogida a través de la ficha de autodiagnóstico familiar)	1	0
18	Está Implementado la sala situacional con información por sectores.	1	0
19	Entregó un Paquete básico de atención integral a los grupos de riesgo (gestantes y niños menores de dos años)	1	0
20	Tiene implementado un sistema de admisión Integral	1	0
21	Esta publicado en un lugar visible el cronograma mensual de trabajo comunitario.	1	0
<b>IV.-FASE DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DE LA SECTORIZACIÓN.</b>			
22	Realiza visitas a la comunidad y reuniones con agentes comunitarios de salud durante el mes.	1	
23	Cuenta con un croquis de su sector en el establecimiento de salud (en A4).	1	
24	Ha entregado la información de la población actualizada y por grupos etarios de su Sector asignado al Jefe del EESS.	1	
25	Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención Integral del Niño de su sector.	1	
26	Mantiene actualizado el registro de seguimiento de la atención integral de la mujer de su Sector.	1	
27	Asiste a las capacitaciones programadas en el Establecimiento de salud.	1	
28	Ha entregado información de la relación de Agentes comunitarios de salud, dirigentes comunales y	1	0

	organizaciones de base al responsable de promoción de la salud.		
29	Cumple con ejecutar las capacitaciones de los Agentes comunitarios de salud que le fueron asignadas	1	0
30	cumple con ejecutar las capacitaciones al personal de salud que le fueron asignadas	1	0
31	Personal de admisión tiene ordenado las historias clínicas familiares de su sector asignado por familia y riesgo, en el área de admisión.	1	0
32	Asiste a las reuniones trimestrales programadas por el Establecimiento de salud.	1	0
33	Brinda acompañamiento a Agente comunitario de salud, haciendo uso de los formatos respectivos.	1	0
34	Se cuenta con un plan de trabajo comunal (PTC).	1	0
35	Se ha conformado el Comité de Desarrollo Comunal	1	0
36	En la Comunidad se realizan reuniones bimensuales para tratar temas de desarrollo comunal.	1	0
37	La Comunidad cuenta con un croquis de toda la Comunidad	1	0
38	La Comunidad cuenta con un censo actualizado.	1	0
39	Los Agentes comunitarios de salud de su sector asisten a la capacitación en el Establecimiento de salud.	1	0
40	Cuando visita la comunidad brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre los módulos para el agente comunitario de salud- Minsa	1	0
41	Brinda reforzamiento educativo a los Agentes comunitarios de salud sobre mensajes claves sobre alimentación infantil	1	0
42	En la Comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.	1	0
43	En la Comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.	1	0

N°	B.- ACTIVIDADES DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	CALIFICACIÓN	
		SI	NO
I.- FASE INICIAL			
44	Fue elegido democráticamente por la comunidad	1	0
45	Usted se presentó ante las autoridades y miembros de su comunidad	1	0
46	Fue capacitado en los cinco módulos del agente comunitario de salud – Minsa	1	0
47	Fue capacitado sobre el uso del manual del agente comunitario de salud, como: rota folios, guías de orientación para el agente comunitario, formatos de referencia, etc	1	0

48	Cuenta con sellos de agente comunitario de salud	1	0
<b>II.- FASE DE IMPLEMENTACION</b>			
49	Asiste a la Capacitación en el Establecimiento de salud	1	0
50	Tiene implementado el sistema de vigilancia comunal	1	0
51	Participó en la elaboración del plan de trabajo comunal	1	0
52	Cuenta con un Paquete de Herramientas (censo, croquis, boletas de referencia comunal, Guía de Orientación a los Agentes comunitarios, etc).	1	0
53	Tiene una carpeta donde se guardan o archivan los formatos y actividades.	1	0
<b>III.- FASE DE SEGUIMIENTO</b>			
54	Tiene un censo comunal actualizado de su "sector comunal".	1	0
55	Tiene su croquis comunal actualizado, de su respectivo "sector comunal".	1	0
56	Las viviendas de su Sector están numeradas.	1	0
57	Realiza referencias de la comunidad al establecimiento de salud.	1	0
58	Se ha conformado el comité de evacuación de emergencias.	1	0
59	Aplica el Plan de Parto en las gestantes	1	0
60	Notifica los nacimientos y defunciones.	1	0
61	entrega información en cada salida o actividad que realiza en la comunidad al sectorista del establecimiento de salud	1	0
62	realiza el seguimiento / consejería a las gestantes y púerperas	1	0
63	Realiza el seguimiento / consejería a las madres y niños.	1	0
64	Se ha realizado las sesiones demostrativas en la Comunidad al menos 1 vez cada seis meses.	1	0
65	Brinda educación y consejería individual a las familias en su sector, priorizando aquellas con gestantes y niños menores de tres años de edad, a través de visitas domiciliarias mensuales, empleando el material educativo entregado por el establecimiento de salud para dicha finalidad.	1	0
66	Ayuda a las familias al correcto cumplimiento de las indicaciones médicas en domicilio.	1	0
67	En su comunidad, las familias construyen letrinas o con sistema de arrastre hidráulico.	1	0
68	En su comunidad, las familias construyen cocinas mejoradas.	1	0

**ANEXO 07**  
**BASE DE DATOS DEL ANEXO 1**

MUESTRA	ANEXO 1										
	CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS		CARACTERISTICAS SOCIALES			CARACTERISTICAS LABORALES					
	Edad	Genero	E. Civil	Religion	G. academico	Profesión	Cargo	EESS. Labora	Nivel de EESS.	T. servicio	T. sectorista
1	28	2	1	1	5	4	3	1	1	52	52
2	30	1	2	1	5	1	3	2	2	11	11
3	53	2	1	1	1	2	3	3	2	149	18
4	41	2	2	1	5	3	3	4	3	126	126
5	39	2	1	1	1	2	1	5	2	112	12
6	41	1	3	1	5	3	3	6	2	162	162
7	30	2	1	1	5	3	1	7	2	52	52
8	28	2	1	1	5	4	2	8	1	62	48
9	51	1	3	2	5	4	3	9	2	358	60
10	38	1	3	2	5	3	3	10	2	60	55
11	30	2	3	1	5	4	4	11	1	30	18
12	38	1	3	1	3	2	2	12	2	137	132
13	30	2	3	1	5	3	1	13	1	30	12
14	48	2	3	1	1	2	2	14	3	276	60
15	42	2	1	2	1	2	3	15	2	33	12
16	37	2	3	1	1	2	1	16	1	59	59
17	31	2	2	1	1	2	2	17	3	24	18
18	25	2	2	1	5	5	3	18	2	18	6

## ANEXO 08

## BASE DE DATOS ANEXO 2

MUESTRA	ANEXO 2																			
	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		CARACTERÍSTICAS SOCIALES					DATOS INFORMATIVOS												
	Edad	Genero	E. Civil	Religion	Ocupación	G. Estudios	Exonerado. Faenas C.	Beneficiario Programa S.	Programa Juntos	Programa Pensión 65	Programa Cuna más	Programa Qaliwarmá	Programa Foncodes	Programa vaso de leche	programa alimentario para enf. con TBC	SI S	Credencial de ACS	Sector que participa	T. Participa	Familias a su cargo
1	47	1	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0		4	20
2	38	2	3	2	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		3	16
3	25	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		3	14
4	30	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		2	18
5	41	2	3	1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		3	20
6	33	1	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0		4	22
7	35	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0		1	8
8	28	2	2	1	1	3	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0		4	25



9	28	2	3	1	1	3	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	3	42
10	35	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	5	11
11	40	2	2	1	1	3	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	3	13
12	42	2	3	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	3	25
13	32	2	2	1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	15
14	27	2	3	1	4	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	14
15	31	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	9
16	35	2	2	1	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	6	15
17	37	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4	15
18	39	2	2	2	1	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	12



[illegible]

CODIGO  
FASE I  
1: SI = 5-3  
0: NO = 2-0

CODIGO  
FASE II  
1: SI = 9-5  
0: NO = 4-0

CODIGO  
FASE III  
1: SI = 7-4  
0: NO = 3-0

CODIGO  
FASE IV  
1: SI = 22-11  
0: NO = 10-0

3. Alto = 43-30
2. Medio = 29-16
1. Bajo = 15-0

## ANEXO 10

## BASE DE DATOS DE LA ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN

MUESTRA	PARA EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD																																	
	I.FASE INICIAL					SUMATORIA	CODIGO	II.FASE DE IMPLEMENTACIÓN					SUMATORIA	CODIGO	III.FASE DE SEGUIMIENTO														SUMATORIA	CODIGO	SUMA TOTAL	CODIGO		
	44	45	46	47	48			49	50	51	52	53			54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67					68	
1	1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	10	1	16	2
2	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	1	0	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	21	3	
3	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	9	1	14	2	
4	1	0	1	1	0	3	1	1	0	1	1	0	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	1	19	3	
5	1	1	1	1	0	4	1	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	19	3	
6	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	16	2	
7	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	0	4	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	10	1	17	2
8	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	7	0	13	2	
9	1	1	1	1	0	4	1	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	22	3	
10	1	1	1	1	0	4	1	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	1	17	2	
11	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	10	1	16	2
12	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	19	3	
13	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	9	1	15	2
14	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	23	3	
15	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	0	3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	21	3	
16	1	1	1	1	0	4	1	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	23	3	
17	1	1	1	1	0	4	1	1	1	0	1	0	3	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	1	19	3	
18	1	1	1	1	0	4	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	12	1	18	3	
18 16 17 18 0 69 18 18 9 9 12 3 51 11 10 8 2 18 15 14 18 13 18 17 10 18 16 16 15 208 17 328 46																																		

18 16 17 18 0 69 18 18 9 9 12 3 51 11 10 8 2 18 15 14 18 13 18 17 10 18 16 16 15 208 17 328 46

## CODIGO

I FASE

1. SI = 5-3

0. NO = 2-0

## CODIGO

II FASE

1. SI = 5-3

0. NO = 2-0

3. ALTO = 25 - 18

2. MEDIO = 17 - 10

1. BAJO = 9 - 0

## ANEXO 11

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**NIVEL DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACION EN LA PROMOCION DE SALUD, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUÁNUCO AÑO 2014**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES														
<b>Problema General</b> ¿Cuál es el nivel de aplicación de la Estrategia de Sectorización en la Promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014?	<b>Objetivo General</b> Identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014	<b>Hipótesis General</b> <b>H<sub>0</sub>:</b> El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014 se encuentra en el nivel bajo. <b>H<sub>a</sub>:</b> El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014 se encuentra en el nivel medio. <b>H<sub>i</sub>:</b> El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud, según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014 se encuentra en el nivel alto.	<table><tr><th>V. PRINCIPAL</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th></tr><tr><td rowspan="4">Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud</td><td>Fase preparatoria</td><td>Alto Medio Bajo</td></tr><tr><td>Fase inicial</td><td>Alto Medio Bajo</td></tr><tr><td>Fase de implementación</td><td>Alto Medio Bajo</td></tr><tr><td>Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación</td><td>Alto Medio Bajo</td></tr></table>			V. PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud	Fase preparatoria	Alto Medio Bajo	Fase inicial	Alto Medio Bajo	Fase de implementación	Alto Medio Bajo	Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación	Alto Medio Bajo
V. PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES															
Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud	Fase preparatoria	Alto Medio Bajo															
	Fase inicial	Alto Medio Bajo															
	Fase de implementación	Alto Medio Bajo															
	Fase de seguimiento, monitoreo y evaluación	Alto Medio Bajo															
<b>Problemas Específicos</b> • ¿Cuál es el nivel	<b>Objetivos Específicos</b> • Describir el nivel de aplicación de la	<b>Hipótesis Estadísticas</b> <b>H<sub>a1</sub>:</b> El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud, se encuentra en un 50% en la fase preparatoria															

<p>de aplicación la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase preparatoria según los actores sociales en estudio?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de aplicación la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase preparatoria según los actores sociales en estudio?</li> <li>• ¿Los actores sociales en estudio, viene aplicando la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase de implementación?</li> <li>• ¿Los actores sociales en estudio, realizan seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud?</li> </ul>	<p>estrategia de sectorización en la promoción de la salud en la fase preparatoria según percepción de la muestra en estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase inicial según percepción de la muestra en estudio</li> <li>• Identificar el nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase de implementación</li> <li>• Valorar la realización del seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud.</li> </ul>	<p>según percepción de los actores sociales de los Establecimientos de salud de la Red de Salud Huánuco en el 2014</p> <p><b>Ha<sub>2</sub>:</b> El nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud se encuentra en un 70% en la fase inicial según la muestra en estudio</p> <p><b>Ha<sub>3</sub>:</b> La muestra en estudio aplica en un 80% la estrategia de sectorización en la Promoción de la salud en la fase de implementación</p> <p><b>Ha<sub>4</sub>:</b> La muestra en estudio, realiza seguimiento, monitoreo y evaluación igual o mayor a un 80% de la estrategia de sectorización en la promoción de la salud</p>	
---	--	--	--

DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Tipo de estudio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por su intervención: Observacional</li> <li>- Por su planificación: prospectivo</li> <li>- Por su medida: Transversal</li> <li>- Por su objetivo: Cuantitativa, descriptiva.</li> </ul> <p><b>Diseño experimental</b></p> <p>El diseño del estudio será epidemiológico descriptivo, como se muestra a continuación:  n-----X-----O  n = Los actores sociales de la sectorización (personal de salud y agente comunitario).  X = variable principal, nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud.  O = Observación</p>	<p><b>Población</b></p> <p>La población estará constituida por los actores sociales de la sectorización que pertenecen a la red de salud Huánuco durante los meses de abril del 2014 a agosto del 2015 Según la base de datos de la oficina de epidemiología, son 53 Establecimientos de salud con sus sectoristas y se tomará el mismo número de agentes comunitarios.</p> <p><b>Muestra.</b></p> <p>La muestra será seleccionada por muestreo no probabilístico según criterio</p>	<p><b>Para la recolección de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se solicitará autorización a las autoridades pertinentes</li> <li>• Se aplicará una prueba piloto</li> <li>• Se aplicará el consentimiento informado</li> <li>• Se empleará los instrumentos de recolección de datos como: la Guía de entrevista sociodemográfica y la escala de aplicación de la estrategia de sectorización.</li> </ul> <p><b>Para el análisis de datos:</b></p> <p><b>Análisis descriptivo</b></p> <p>Según la naturaleza de las variables se utilizarán los siguientes: en el caso de variables cualitativas (género, ocupación, estado civil, religión, nivel de escolaridad, beneficio social, asegurado, acreditado) se utilizarán las medidas de frecuencia y sus respectivos porcentajes, también se elaborarán las figuras de sectores y de barras dependiendo de las respuestas dicotómicas o politómicas o de ser variables nominales u ordinales. Y en el caso de las variables numéricas se utilizarán las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), en caso de las edades, además se hallará las medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y margen de error), también se aplicarán las medidas de posición y forma (percentil, quintil, cuartil), y su respectiva gráfica de histogramas o diagrama de cajas o bigote</p> <p><b>Análisis inferencial</b></p> <p>Para la comprobación de las hipótesis se aplicará las pruebas no paramétrica de T de student para una muestra. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor <math>p \leq 0.05</math>; Y para el procesamiento de datos se utilizará el programa estadístico SPSS de Windows.</p>

CODIGO:

FECHA:..../..../.....

## ANEXO 12

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la red de salud Huánuco-2014.

- **Investigador**

Henry Acero Valdez, estudiante del IX ciclo de la, Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco

- **Introducción / propósito**

Introducir cambios significativos en el sistema de salud que, en esencia, reconocen el derecho de las personas, familias, y comunidades más pobres del país a una atención integral, equitativa, y con garantías explícitas de calidad y oportunidad.

- **Participación**

Participarán los actores sociales de la sectorización: personal de salud encargados de la sectorización y agentes comunitarios de salud.

- **Procedimientos**

Se aplicará una encuesta sociodemográfica y una escala de aplicación de la estrategia de sectorización, para el personal de salud y para el agente comunitario. Solo se tomará un tiempo aproximado menor de 30 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación

- **Beneficios**

Se le proporcionará información actualizada sobre la sectorización a la muestra en estudio.

- **Alternativas**

Si usted se siente incómodo con el presente estudio tiene la alternativa de abandonar en cualquier momento; el retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtiene en el presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. La identificación será manejada a través de códigos y serán anónimos, garantizando la confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

De tener alguna duda comunicarse al celular N° 962762587 o escribir al correo rigen.08@hotmail.com

- **Consentimiento / participación voluntaria**

Yo.....Acepto participar en el presente estudio: he leído la información proporcionada, o me han sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombre y firma del participante y responsable de la investigación**

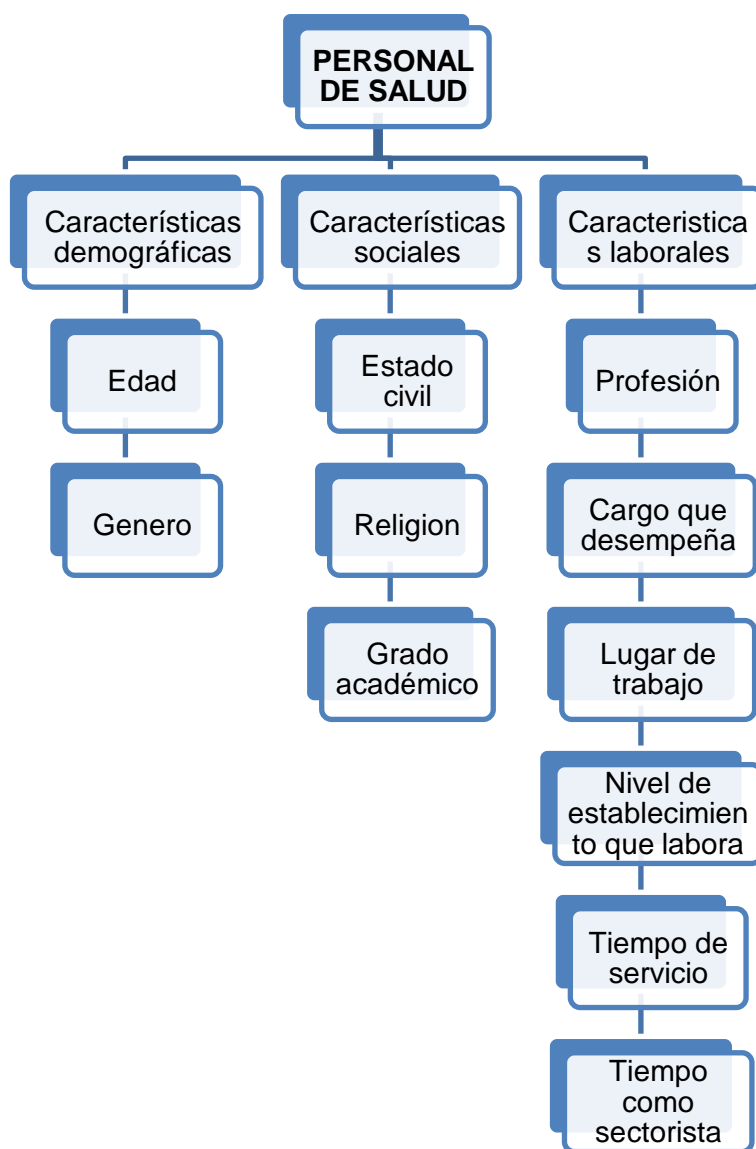
.....  
Firma del participante

.....  
firma del responsable de la investigación  
Huánuco.....de.....del 2014



### ANEXO 13

**Estructura gráfica de la guía de entrevista de las características sociodemográficas para el personal de salud, de la Red de Salud Huánuco -2014.**

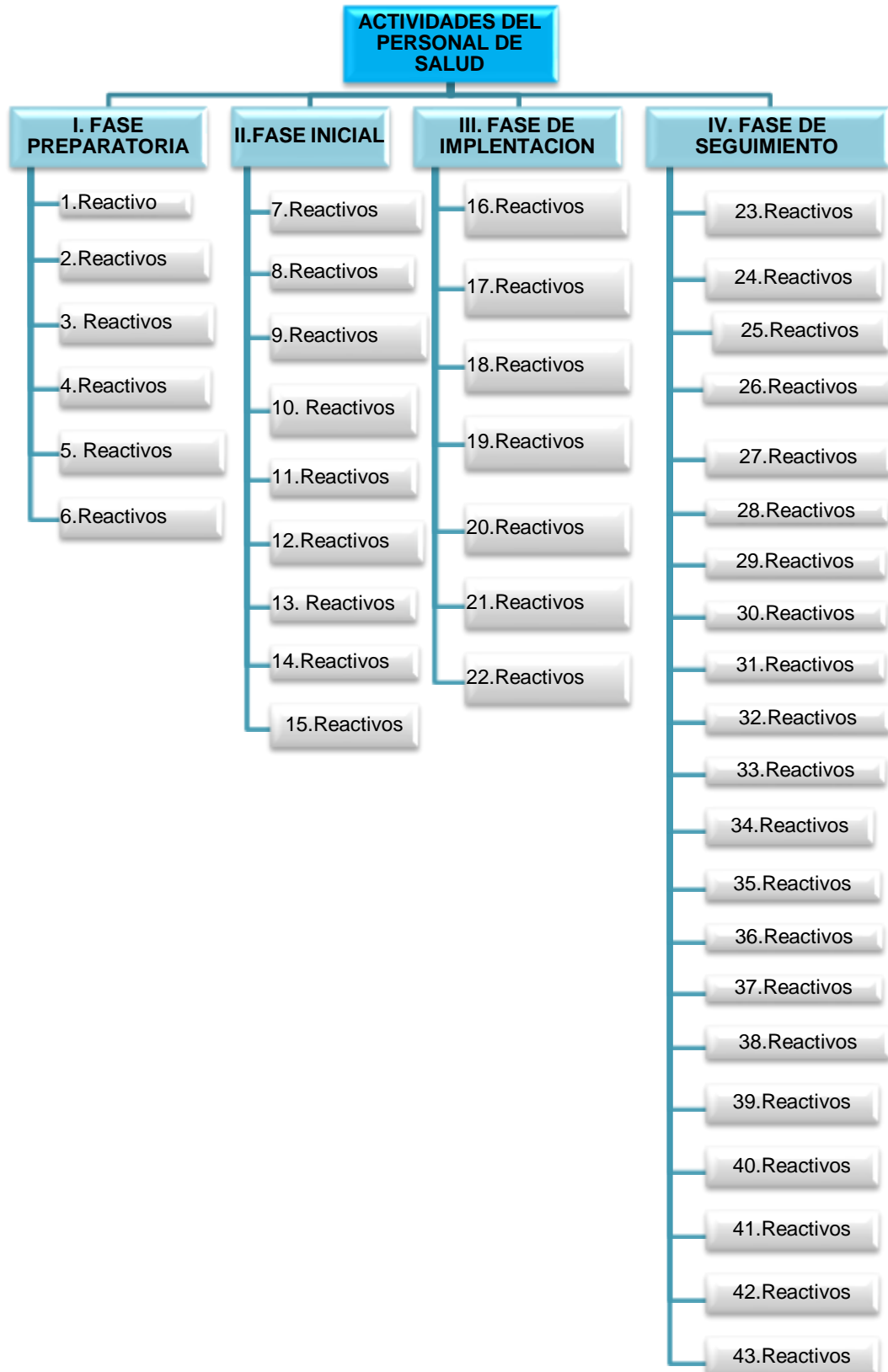


## ANEXO 14

**Estructura gráfica de la guía de entrevista de las características sociodemográficas para el Agente Comunitario de Salud, de salud, de la Red de Salud Huánuco -2014.**

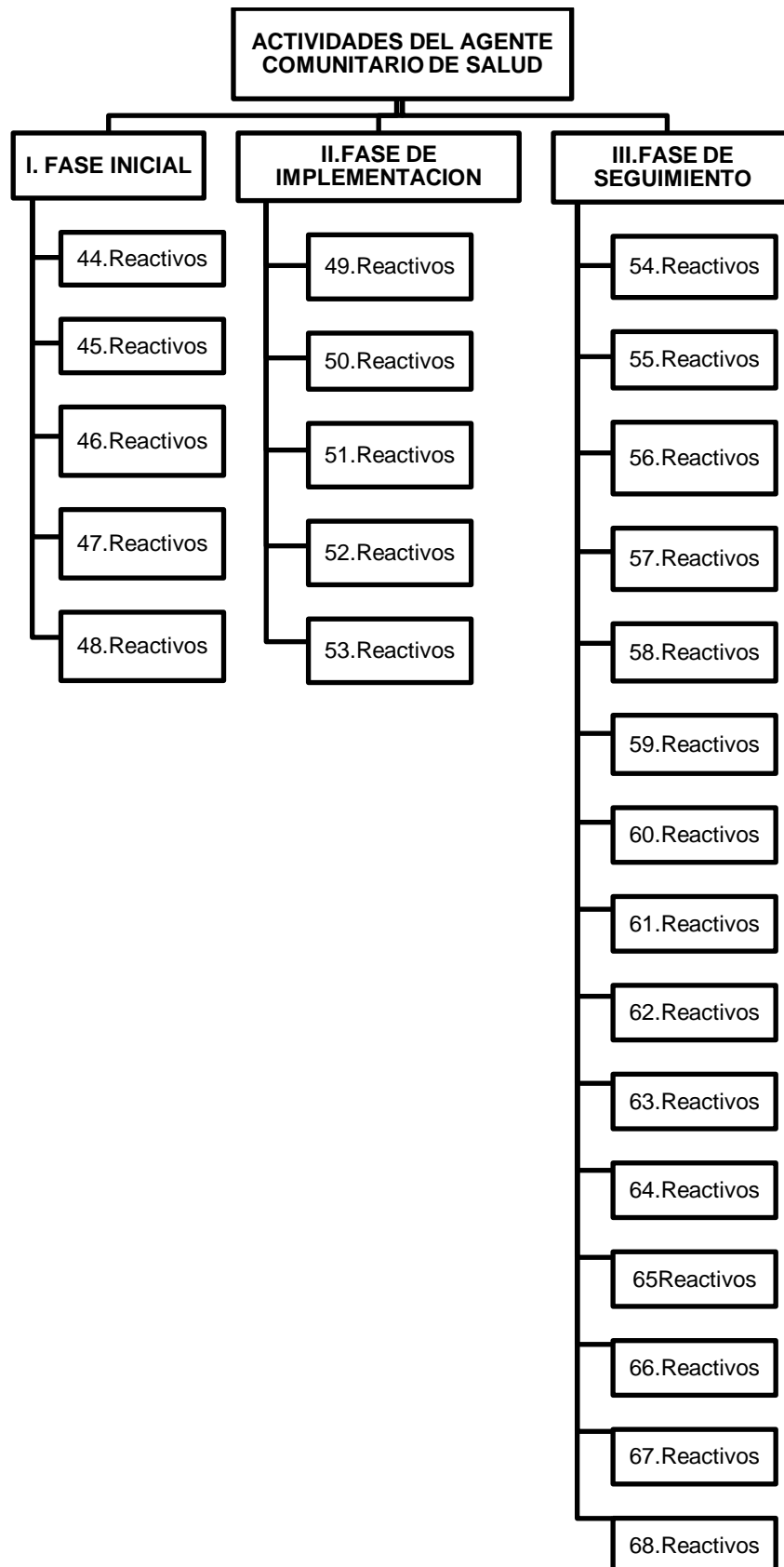


**ANEXO 15**  
**Estructura de las actividades del personal de salud, de la Red de Salud Huánuco - 2014**



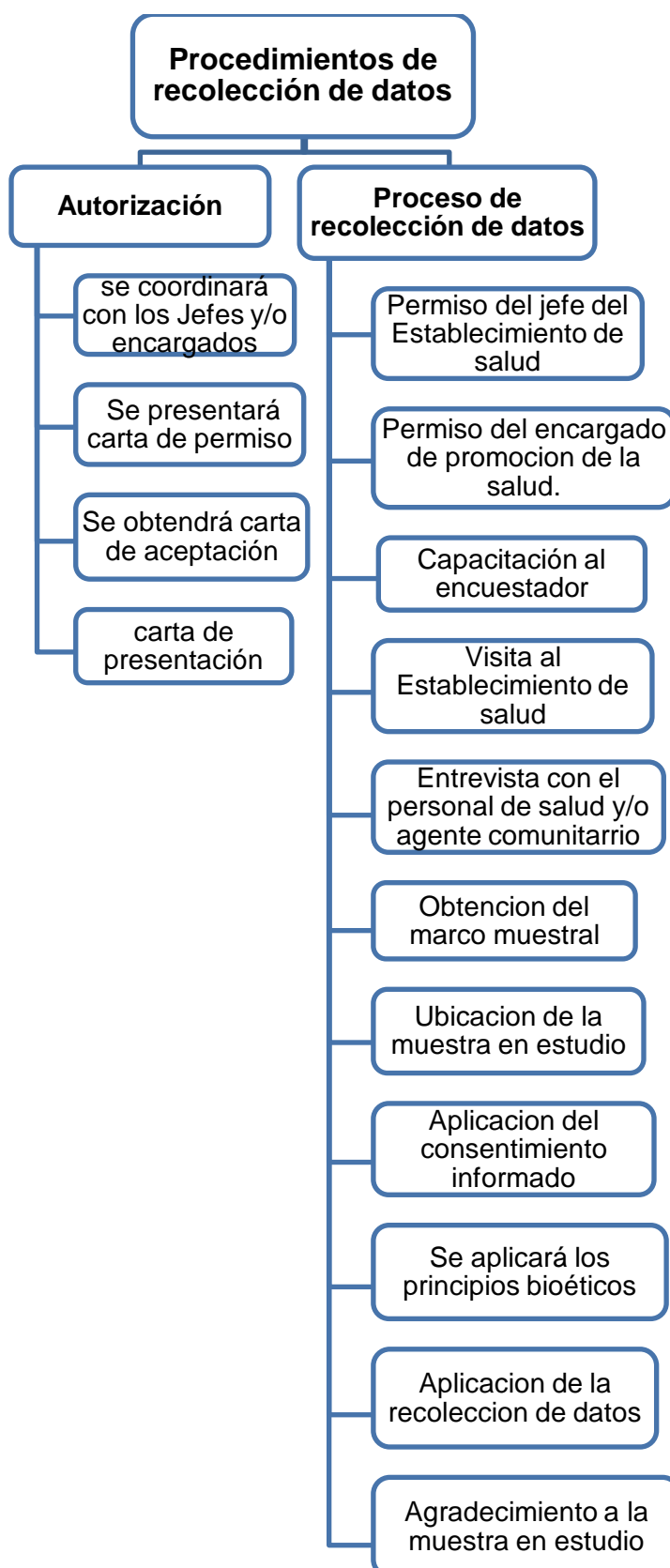
**ANEXO 16**

**Estructura de las actividades del Agente comunitario de salud, de la Red de Salud Huánuco - 2014**



## ANEXO 17

## Flujograma de procedimientos de recolección de datos a la muestra en estudio - 2014



## ANEXO 18



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

EAP. DE ENFERMERIA

Huánuco .....de agosto del 2014.

OFICIO CIRC. N° 00 -EENF-UDH-2014Sr(a): .....  
.....ASUNTO: SOLICITO VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE  
DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

Presente.-

De mi mayor consideración:

Mediante el presente le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que por motivo de rigor metodológico en los trabajos de investigación se requiere de validación de instrumentos de recolección de datos.

Motivo por el cual solicito tenga a bien participar como experto para la validación cualitativa de contenido y así comprobar hasta donde los ítems de dichos instrumentos son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que deseamos medir. Siendo que el proyecto de investigación tiene como título: **Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la red de salud Huánuco-2014.**

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona me despido de usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

Atentamente

.....  
ACERO VALDEZ, Henry  
ALUMNO RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

**ANEXO19****HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA VALIDACION POR JUECES**

<b>CATEGORIA</b>
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems de cada dimensión son suficientes
<b>PERTINENCIA</b> Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio
<b>CLARIDAD</b> Los ítems son claros sencillos y comprensibles para la muestra en estudio
<b>VIGENCIA</b> Los ítems de cada dimensión son vigentes
<b>OBJETIVIDAD</b> Los ítems son posibles de verificar mediante una estrategia
<b>ESTRATEGIA</b> El método responde al propósito de estudio
<b>CONSISTENCIA</b> Los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores
<b>ESTRUCTURA</b> Los ítems están dimensionados

## ANEXO 20

## CONSTANCIAS DE VALIDACION (validez delfos o de jueces)

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Mely Ruiz Aguino con DNI  
 N° 42382901 de Enfermera profesión  
Docente de investigación ejerciendo actualmente como  
Universidad de Huánuco en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		✓		
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los Ítems			✓	
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia			✓	

En Huánuco a los 04 días del mes de agosto del  
 2014.

  
Mely Ruiz Aguino  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C. 51474



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Ricardo Martel Carhuas con DNI  
 N° 42632377 de profesión  
Lic. Enfermería ejerciendo actualmente como  
Coordinador Regional de educación para la salud en la Institución  
Dirección Regional Huánuco - PROMSA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Huánuco a los 11 días del mes de Agosto del 2014.



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, MARINA SANTAMARIA TRUJILLO con DNI  
 N° 22400216 de profesión  
Lic. ENFERMERIA ejerciendo actualmente como  
Jefe DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION en la Institución  
DIRESA - HCO.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 13 días del mes de AGOSTO del 2014.

GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Lic. Enf. Marina Santamaria Trujillo  
 DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Carolina Marcela Cavalieri Pedraza con DNI  
 N° 22411015 de profesión  
Lic. Enfermería ejerciendo actualmente como  
Jefe de Enfermeros de la UCI en la Institución  
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano".

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				/
Amplitud de contenido				/
Redacción de los ítems				/
Claridad y precisión				/
Pertinencia				/

En Huánuco a los 16 días del mes de Agosto del 2014.

Carolina Cavalieri  
 CEP 10524

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Gloria María Rodríguez Ruiz con DNI  
 N° 22488862 de profesión  
Licenciada de Enfermería ejerciendo actualmente como  
Especialista de Salud Familiar y Comunitaria en la Institución  
P.S. Santo Toribio de Mogrovejo de Chinchao

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 20 días del mes de agosto del 2014.

  
 GLORIA MARÍA RODRÍGUEZ RUIZ  
 LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
 N° C.E.P. 46558

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, SANDRO BADO BAYLON LOYOLA con DNI  
 N° 22521817 de profesión  
ENFERMERO ejerciendo actualmente como  
ESP. EN PROMOCION DE LA SALUD en la institución  
CENTRO DE SALUD PICHAYO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Huánuco a los 22 días del mes de AGOSTO del 2014.

  
 SANDRO BADO BAYLON LOYOLA  
 ENFERMERO  
 C.E. - 30803



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Edith Jara Claudio con DNI  
 N° 22419984 de Enfermera profesión  
Coordinación Atención Primaria ESSALUD ejerciendo actualmente como  
HOSPITAL II ESSALUD en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems		✓		
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los ítems			✓	
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia			✓	

En Huánuco a los 27 días del mes de Agosto del 2014.



Edith E. Jara Claudio  
 Mg. Salud Pública  
 C.E.P. 17546

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, CARMEN ERUZ PAINUPE ONTEGA con DNI  
 N° 22440619 de profesión  
ENFERMERA ejerciendo actualmente como  
ESPECIALISTA EN PROMSA en la institución  
M.R. SALUD D. COMAYO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Huánuco a los 30 días del mes de AGOSTO del 2014.

*C. P. P.*  
 Carmen Príncipe O. -  
 LIC. ENFERMERIA  
 OER 25222

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, FLORINDA MARIA FALCON CABRERA con DNI  
 N° 22422571 de profesión  
ENFERMERA ejerciendo actualmente como  
ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR en la Institución  
C. S. AICHAYO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 30 días del mes de AGOSTO del 2014.

  
 Dr. Florinda María Falcon Cabrera  
 D.E.P. 22422



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, H. Guillermo RENJILLO RAMOS con DNI  
 N° 25589078 de Medico Epidemiologo profesión  
Medico Epidemiologo ejerciendo actualmente como  
Red Salud Huánuco en la Institución  
Asesorio Equipo Gestión Red Salud Huánuco

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				✓

En Huánuco a los 01 días del mes de Setiembre del 2014.



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Maria Celis Salcedo Zuriga de Jaime con DNI  
 N° 22414443 de Docente en Educación profesión  
Docente CAP Buganza ejerciendo actualmente como  
Universidad de Huánuco, UNHU en la Institución

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MESTRA EN ESTUDIO (profesional de salud y agente comunitario de salud) y ESCALA DE APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SECTORIZACIÓN, a los efectos de su aplicación a la muestra correspondiente.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		X		
Amplitud de contenido	<u>mejorado</u>			
Redacción de los Ítems		X		
Claridad y precisión		X		
Pertinencia		X		

En Huánuco a los 01 días del mes de Enero del 2014.

  
 Maria Salcedo Zuriga de Jaime  
 RNM. N° 055 - CEP. 3084  
 CONSULTORA EN SALUD

## ANEXO 21



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y el Compromiso Climático"



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

EAP. DE ENFERMERÍA

Huánuco 12 de setiembre del 2014.

OFICIO N° 01 -EENF-UDH-2014

Sr. Yuri Gabriel Sáenz Chanca.  
Director de la Red de salud Huánuco.

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN

Presente.-

De mi mayor consideración:

Mediante el presente le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que siendo alumno de la Universidad de Huánuco del noveno ciclo de Enfermería y teniendo el interés de realizar un proyecto de investigación que tiene como título: **"Nivel de aplicación de la estrategia de sectorización en la promoción de salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la red de salud Huánuco-2014"**.

Motivo por el cual solicito a Usted señor Director autorización para llevar a cabo el proyecto de investigación de setiembre a diciembre del presente año en algunos establecimientos de salud que usted dirige. Para lo cual adjunto la relación de los establecimientos de salud.

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona me despido de Usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

Atentamente

ACERO VALDEZ, Henry  
DNI: 40634313  
ALUMNO RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN



**ANEXO 22****RELACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD****CLASIFICADOS SEGÚN CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

1. PS. LLacon.
2. PS. Santa Rosa de Sirabamba.
3. PS. Pomacucho.
4. PS. Tambo de San José.
5. PS. San Sebastian.de Quera.
6. PS. Santa Cruz de Ratacocha.
7. PS LLacsa.
8. PS. Churubamba.
9. PS. Utao.
10. PS. Manantial de Vida de Quechualoma.
11. PS. Tambogan.
12. P.S. Tres de Mayo de Pagshag.
13. PS San Fransisco de Cochabamba.
14. PS. Santo Toribio de Mogrovejo de Araypagua.
15. CS. Acomayo.
16. CS Pillao.
17. PS Chinchinga.
18. PS Pueblo Libre de Mayobamba.
19. CS. Santa María del Valle.
20. PS. Pachabamba.
21. PS.Colpa Baja.
22. PS: La Esperanza

## ANEXO 23



**PERÚ**

**Ministerio de Salud**

CARGO



**Gobierno Regional Huanuco**

**"AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMATICO"**

Amarilis, 22 SEP 2014

**OFICIO N° 3299 -2014-GRH-DRSH-DIREDHCO/ODI.**

Señores:

**Jefes de las Micro Redes:** Amarilis, Huánuco, Santa María del Valle, Churubamba, Chinchao, Umari,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD HUÁNUCO  
MICRORED APARICIO PUMARIS

RECEPCIÓN

23 SEP 2014

HORA: 12:15 pm

N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

**ASUNTO:** Solicito brindar facilidades para aplicación de proyecto de investigación.

**REF.: OFICIO N°01-EENF-UDH-2014.**

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente, y a su vez comunicarle que el Sr. Henry Acero Valdez alumno de la UDH del Noveno Ciclo de Enfermería, solicita la autorización para la realizar el Proyecto de Investigación titulado "Nivel de Aplicación de la Estrategia de Sectorización en la Promoción de Salud, según percepción de los actores sociales de los establecimientos de la Red de Salud Huanuco-2014", durante los meses de setiembre a diciembre del presente año, en los siguientes Centros de Salud a su cargo se adjunta relación.

Al respecto se le solicita brindar las facilidades al mencionado alumno a fin que se aplique dicho proyecto.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

*Recibido  
23-9-14  
DR. C. CEBALDO U.  
772. ADM.  
113121822.*

VISCERARIO  
HOC 2014  
C.C.  
Anexo

*HAS  
24-09-14  
MR. Duranjo.*



MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
MICRORED APARICIO PUMARIS

Méd. CR. YURI GARCÍA SANCHEZ CHANCA  
C.M.P. 41990  
DIRECTOR REGIONAL



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD HUÁNUCO  
MICRORED AMARILIS

Registro N° 23 SET. 2014

Fecha: 11-9-14

**"DESCENTRALIZANDO Y MEJORANDO LA SALUD"**

Dirección: JR. Los Jazmines 718 - Paucarbambilla - Amarilis - HUÁNUCO  
Teléfono N° 51-4234



**ANEXO 24****EQUIPO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Guillermo Rengifo Ramos  
Médico epidemiólogo,  
Past Director de PROMSA- DIRESA - Huánuco

María Salcedo Zuñiga de Jaime  
Consultora en salud  
Docente de la Universidad de Huánuco y de la Universidad Hermilio Valdizan.  
Past Directora de PROMSA- DIRESA - Huánuco

Mely Ruiz Aquino  
Docente de investigación de la Universidad de Huánuco

Ricardo Martel Carhuas  
Coordinador Regional de educación para la salud- PROMSA, DIRESA Huánuco.

Marina Santamaría Trujillo  
Jefe de la unidad de investigación DIRESA Huánuco.

Carolina Marcela Cavalié Pedraza  
Jefe de la UCI del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Gloria Rodriguez Ruiz  
Especialista en salud familiar y comunitaria

Sandro Baylon Loyola  
Especialista en Promoción de la salud.

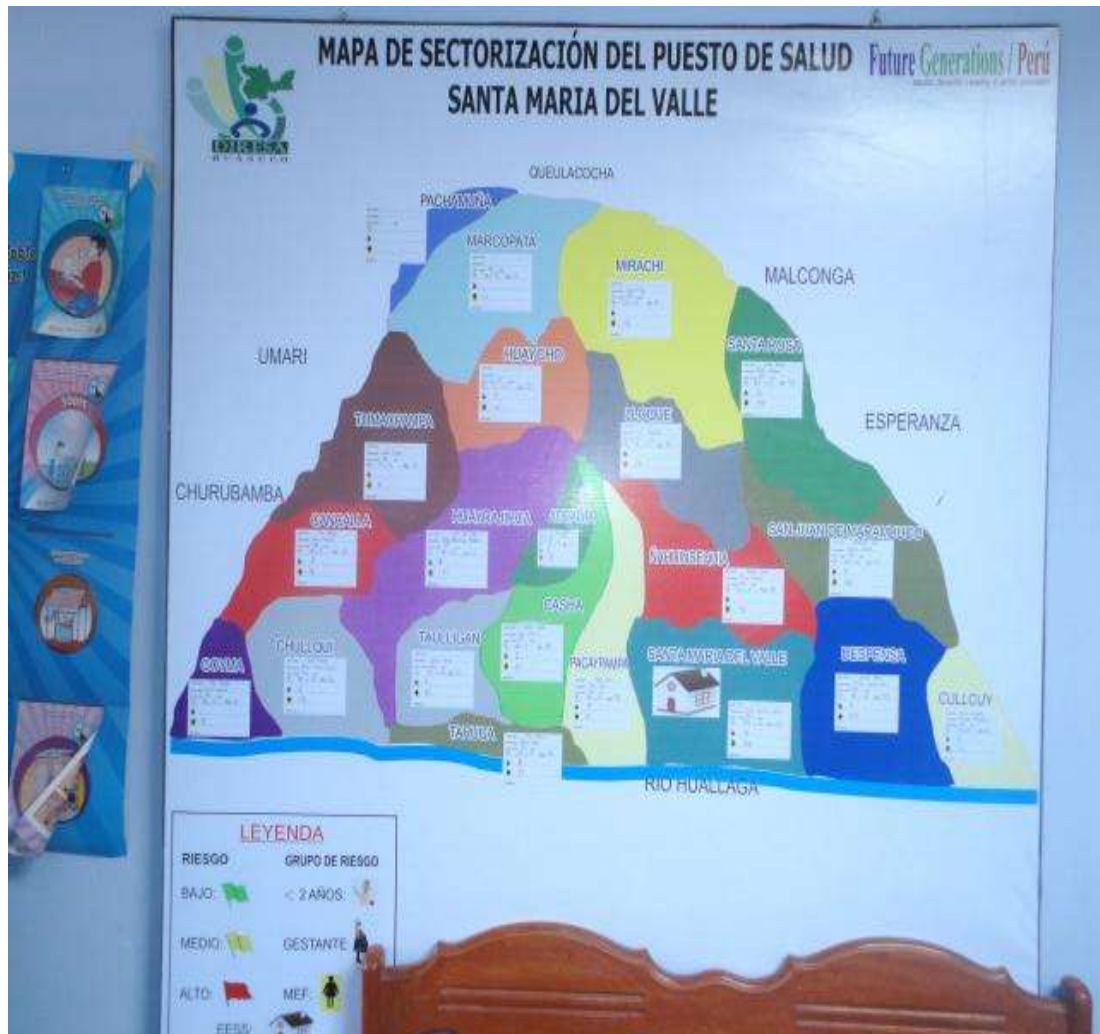
Edtih Jara Claudio  
Coordinadora de atención primaria ESSALUD Huánuco.

Carmen Cruz Príncipe Ortega  
Especialista en Promoción de la salud (PROMSA)

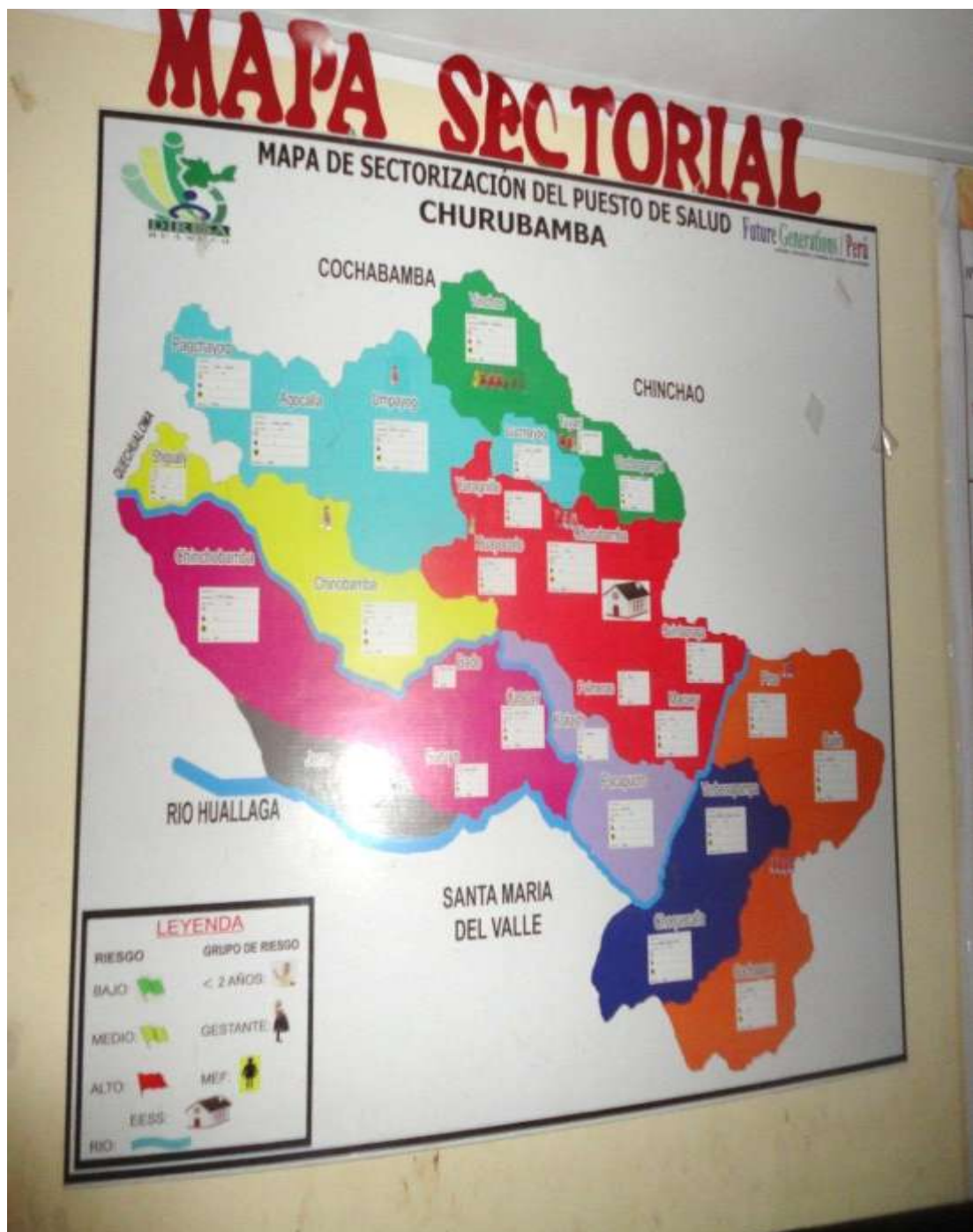
Florinda María Falcon Cabrera  
Especialista en salud familiar

## ANEXO 25

### PORTAL FOTOGRÁFICO



**Mapa de sectorización del Centro de salud Santa María del Valle.**



Mapa de sectorización del Puesto de salud Churubamba





Mapa de sectorización del Centro de salud Acomayo



**Agentes Comunitarios de Salud del Centro de Salud Acomayo.**



**Agente Comunitario de Salud del Puesto de Salud Mayobamba.**